



**PENGARUH BELAJAR AKTIF KELOMPOK DENGAN MANUAL  
TERHADAP PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI  
REMAJA DI PONDOK PESANTREN DARUS SHOLAH  
KECAMATAN KALIWATES  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Mellyta Ardhiana  
NIM 082310101006**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**



**PENGARUH BELAJAR AKTIF KELOMPOK DENGAN MANUAL  
TERHADAP PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI  
REMAJA DI PONDOK PESANTREN DARUS SHOLAH  
KECAMATAN KALIWATES  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)

Oleh

**Mellyta Ardhiana  
NIM 082310101006**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**

**SKRIPSI**

**PENGARUH BELAJAR AKTIF KELOMPOK DENGAN MANUAL  
TERHADAP PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI  
REMAJA DI PONDOK PESANTREN DARUS SHOLAH  
KECAMATAN KALIWATES  
KABUPATEN JEMBER**



Oleh

Mellyta Ardhiana  
NIM 082310101006

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama

: Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Dosen Pembimbing Anggota

: Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT atas segala rahmat, kasih sayang, hidayah serta kemudahan yang sungguh luar biasa dalam membimbing hidup Umat-Nya;
2. Bapak Subagiyo, Mama Kamiati, sebagai sumber kehidupanku terimakasih atas do'a tulus ikhlas yang engkau panjatkan setiap hari dan telah mengajarkan nilai-nilai keimanan hingga meresap dalam diri dan menyatu dalam hati;
3. Adikku Shevi Dwi Ardhiani dan Vicky Ardhian Permana yang selalu memberi kasih sayang, mendoakan dan memotivasi selama ini;
4. dosenku tercinta, terutama Pak Tantut, Bu Anisah, dan Bu Ratna yang selalu memberiku semangat untuk lebih maju dan selalu sabar dalam membimbing skripsi ini;
5. teman-teman indekos Kalimantan X No. 18, cungkring, ghea, iima imama, butet, bento, mbak dayu, mbak vina, dan kawan-kawan lainnya, sedih dan bahagiaku bersama kalian semua, terimakasih telah mengisi hari-hariku selama ini;
6. segenap guru di TK Dharmawanita, SD TNH I, SMPN 1 Mojokerto, SMAN 1 Sooko Mojokerto, dan seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. Almater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

## MOTTO

Jika kita hanya mengerjakan yang sudah kita  
ketahui, kapankah kita akan mendapat  
pengetahuan yang baru ?

Melakukan yang belum kita ketahui adalah pintu menuju pengetahuan  
(Mario Teguh)

Wahai anak muda !  
Jika engkau tidak sanggup menahan lelahnya belajar,  
engkau harus menanggung pahitnya kebodohan  
(Pythagoras)

*Man Jadda Wajada,*  
siapa yang bersungguh-sungguh pasti sukses.

*Man Shabara Zhafira,*  
siapa yang bersabar akan beruntung  
(A. Fuadi) <sup>1</sup>

---

1) Fuadi, A. 2011. Ranah 3 Warna. Jakarta : PT Gramedia Utama

## **PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Mellyta Ardhiana

NIM : 082310101006

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Belajar Aktif Kelompok dengan Manual terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa karya ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Oktober 2012

Yang menyatakan,

Mellyta Ardhiana

NIM 082310101006

## **PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Pengaruh Belajar Aktif Kelompok Dengan Manual Terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari/tanggal : Senin, 22 Oktober 2012

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom.  
NIP. 19800105 200604 1 004

Anggota I,

Anggota II,

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.  
NIP. 19800417 200604 2 002

Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep.  
NIP. 19810811 201012 2 002

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001

*Pengaruh Belajar Aktif Kelompok Dengan Manual Terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember (The Influence Of Active Learning Group Manually For Adolescent Sexual And Reproductive Health Knowledge In Darus Sholah Islamic Boarding School, Kaliwates Sub-District, Jember Regency)*

**Mellyta Ardhiana**

*Nursing Science Study Program, Jember University*

### **ABSTRACT**

*Adolescent is a transitional period from childhood to adulthood. Adolescent is individual in the progress of any change either physiological, psychological, cognitive, and social changes. Physical changes are characterized by reproduction maturity. Adolescent should prepare themselves with sexual and reproductive health knowledge to avoid from risk sexual behaviour. Active learning is one of methods to increase adolescent knowledge about sexual and reproductive health in an interesting and enjoyable method. The study aimed to analyze the Influence of Active Learning Group Manually for Adolescent Sexual and Reproductive Health Knowledge. The design was Pre Experimental with One Group Pretest-Posttest design. Sample was taken using stratified random sampling. The samples were 55 respondents. Data was analyzed with Wilcoxon Signed Rank Test. The result shown that P value was  $0,000 < \alpha (0,05)$  and Z value  $(6,295) > Z \text{ table } (1,96)$ , so can be concluded that there is an influence of active learning group manually for adolescent sexual and reproductive health knowledge in Darus Sholah Islamic Boarding School, Kaliwates Sub-District, Jember Regency. Recommendation in this study is school-based services can use active learning method to give reproduction health education for develop maintaining positive norms and values.*

**Key Words** : *Active Learning, Adolescent Sexual and Reproductive Health, Knowledge*

## RINGKASAN

**Pengaruh Belajar Aktif Kelompok Dengan Manual Terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember; Mellyta Ardhiana, 082310101006; 2012: 109 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.**

Masa remaja adalah periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dengan usia antara 11-12 tahun sampai 20-21 tahun. Perubahan yang terjadi pada masa remaja yaitu perubahan fisik, emosional, kognitif, dan psikososial. Perubahan fisik merupakan perubahan yang dapat dilihat secara langsung. Perubahan fisik ditandai dengan kematangan organ reproduksi dan perubahan seksualitas (Santrock, 2007). Perubahan fisik yang cepat pada masa remaja merupakan hal yang penting bagi kesehatan reproduksi.

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, melainkan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya (Poltekkes Depkes, 2011). Ruang lingkup kesehatan reproduksi remaja adalah Triad KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja) yang meliputi seksualitas, PMS termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA (Moeliono, *et.al.*, 2006). Salah satu bentuk kesehatan reproduksi remaja adalah perilaku kesehatan reproduksi terkait dengan perkembangan reproduksi yang dialami remaja.

Penelitian yang dilakukan oleh dr. Andik Wijaya (dalam Foraida, 2008) terhadap 202 remaja di kota Malang, didapatkan kenyataan bahwa hampir 15% diantaranya telah melakukan hubungan seksual pranikah. Hal ini didukung oleh hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 10 remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah didapatkan data 60% remaja tidak mengetahui konsep kesehatan reproduksi dengan benar yang meliputi seksualitas, penyakit menular seksual, HIV/AIDS, dan NAPZA.

Faktor yang menyebabkan permasalahan perilaku terkait reproduksi yang tidak sehat adalah rendahnya pemahaman tentang isu-isu seksual, kurangnya informasi, dan belum menyentuhnya pelayanan kesehatan reproduksi (Mahmuda, 2009). Salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman remaja mengenai kesehatan reproduksi yaitu dengan melakukan kegiatan belajar aktif yang dilakukan secara berkelompok. Belajar aktif atau *active learning* adalah model pembelajaran yang memungkinkan siswa untuk berperan aktif dalam proses pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antar siswa maupun siswa dengan pengajar dalam proses pembelajaran tersebut (Samadhi, 2011).

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one group pre-post test design*. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 138 siswa. Teknik pengambilan sampel yaitu dengan *stratified random sampling* dengan jumlah sampel akhir yaitu 55 responden. Penelitian ini menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dalam analisis data terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dilakukan belajar aktif kelompok adalah 27 (49,1%) responden memiliki pengetahuan kurang dan 28 (50,1%) responden memiliki pengetahuan baik, sedangkan setelah dilakukan belajar aktif kelompok data menunjukkan 22 (40%) responden memiliki pengetahuan kurang dan 33 (60%) responden memiliki pengetahuan baik. Hasil pengolahan data dengan SPSS didapatkan *p value* (0,000)  $< \alpha$  (0,05) dan *Z* hitung (6,295)  $>$  *Z* tabel (1,96), maka *H<sub>0</sub>* ditolak, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Saran penelitian adalah penerapan model pembelajaran aktif dalam promosi kesehatan sebagai upaya promotif di keperawatan komunitas dengan sasaran remaja.

## PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Pengaruh Belajar Aktif Kelompok Dengan Manual Terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember”. Penulis menyampaikan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, terutama kepada:

1. dr. Sujono Kardis, Sp.KJ, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Tantut Susanto, M.Kep.,Sp.Kep.Kom., Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., selaku dosen pembimbing dan Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep., selaku dosen penguji yang telah memberikan motivasi, bimbingan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Hj. Rosyidah Yusuf, selaku pengasuh beserta jajaran pengurus Pondok Pesantren Darus Sholah dan Drs. Su’ud Siraj, S.Pd., selaku Kepala MA Darus Sholah Kabupaten Jember beserta jajarannya;
4. teman-teman PSIK terutama angkatan 2008 yang telah memberikan dukungan dan saran selama penyusunan skripsi ini;
5. seluruh siswa MA Darus Sholah Kabupaten Jember;
6. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan bagi kita semua.

Jember, Oktober 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

|  | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| <b>HALAMAN SAMPUL</b> .....                  | i              |
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....                   | ii             |
| <b>LEMBAR PEMBIMBINGAN</b> .....             | iii            |
| <b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....             | iv             |
| <b>HALAMAN MOTTO</b> .....                   | v              |
| <b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....              | vi             |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....              | vii            |
| <b>ABSTRAK</b> .....                         | viii           |
| <b>RINGKASAN</b> .....                       | ix             |
| <b>PRAKATA</b> .....                         | xi             |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                      | xii            |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....                   | xvi            |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                    | xvii           |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....                 | xviii          |
| <b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....              | 1              |
| <b>1.1 Latar Belakang</b> .....              | 1              |
| <b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....             | 10             |
| <b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....           | 10             |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....                      | 10             |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....                    | 10             |
| <b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....          | 11             |
| 1.4.1 Manfaat Bagi Remaja .....              | 11             |
| 1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti.....             | 11             |
| 1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan ..... | 12             |
| 1.4.4 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan.....   | 12             |
| <b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....         | 12             |

|   |    |
|---|----|
| <b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....                                | 15 |
| <b>2.1 Remaja</b> .....   | 15 |
| 2.1.1 Definisi Remaja .....   | 15 |
| 2.1.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Masa Remaja .....                | 16 |
| <b>2.2 Kesehatan Reproduksi</b> .....                               | 21 |
| 2.2.1 Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja .....                    | 21 |
| 2.2.2 Dimensi Kesehatan Reproduksi .....                            | 22 |
| 2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan<br>Reproduksi ..... | 22 |
| 2.2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Remaja .....               | 24 |
| <b>2.3 Konsep Pengetahuan</b> .....                                 | 32 |
| 2.3.1 Definisi Pengetahuan .....                                    | 32 |
| 2.3.2 Domain Pengetahuan .....                                      | 33 |
| 2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....             | 34 |
| <b>2.4 Konsep Belajar Aktif Kelompok dengan Manual</b> .....        | 36 |
| 2.4.1 Model-model Pembelajaran .....                                | 36 |
| 2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Belajar .....                 | 39 |
| 2.4.3 Definisi Belajar Aktif Kelompok dengan Manual .....           | 41 |
| 2.4.4 Syarat-syarat Belajar Aktif .....                             | 43 |
| 2.4.5 Ciri-ciri Pembelajaran Aktif .....                            | 45 |
| 2.4.6 Metode dalam Pembelajaran Aktif .....                         | 46 |
| <b>2.5 Peran Perawat Dalam Pendidikan Kesehatan</b> .....           | 50 |
| <b>2.6 Kerangka Teori</b> .....                                     | 51 |
| <b>BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL</b> .....                             | 53 |
| <b>3.1 Kerangka Konsep</b> .....                                    | 53 |
| <b>3.2 Hipotesis Penelitian</b> .....                               | 54 |
| <b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b> .....                               | 55 |
| <b>4.1 Desain Penelitian</b> .....                                  | 55 |
| <b>4.2 Populasi dan Sampel</b> .....                                | 56 |
| 4.2.1 Populasi Penelitian .....                                     | 56 |
| 4.2.2 Sampel Penelitian .....                                       | 56 |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....  | 57        |
| 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian .....  | 59        |
| <b>4.3 Tempat Penelitian .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>4.5 Definisi Operasional .....</b>   | <b>61</b> |
| <b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>   | <b>62</b> |
| 4.6.1 Sumber Data .....   | 62        |
| 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....   | 63        |
| 4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data .....  | 68        |
| 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....  | 69        |
| <b>4.7 Pengolahan dan Analisis Data .....</b>   | <b>70</b> |
| 4.7.1 <i>Editing</i> .....  | 70        |
| 4.7.2 <i>Coding</i> .....   | 71        |
| 4.7.3 <i>Entry</i> .....  | 72        |
| 4.7.4 <i>Cleaning</i> .....   | 72        |
| 4.7.5 Rencana Analisis Data .....   | 73        |
| <b>4.8 Etika Penelitian .....</b>   | <b>74</b> |
| <b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>  | <b>77</b> |
| <b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>   | <b>77</b> |
| 5.1.1 Hasil Analisis Univariat.....   | 77        |
| 5.1.2 Hasil Analisis Bivariat .....   | 81        |
| <b>5.2 Pembahasan .....</b>   | <b>84</b> |
| 5.2.1 Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum<br>intervensi belajar aktif kelompok dengan manual..... | 84        |
| 5.2.2 Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja setelah<br>intervensi belajar aktif kelompok dengan manual..... | 88        |
| 5.2.3 Pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap<br>pengetahuan kesehatan reproduksi remaja ..... | 92        |
| <b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>  | <b>97</b> |
| <b>5.4 Implikasi Keperawatan .....</b>  | <b>98</b> |

|  |     |
|--|-----|
| <b>BAB 6. PENUTUP</b> .....                        | 100 |
| <b>6.1 Kesimpulan</b> .....                        | 100 |
| <b>6.2 Saran</b> .....                             | 101 |
| 6.2.1 Bagi Remaja.....                             | 101 |
| 6.2.2 Bagi Peneliti.....                           | 101 |
| 6.2.3 Bagi Instansi Pendidikan.....                | 102 |
| 6.2.4 Bagi Instansi Kesehatan.....                 | 103 |
| 6.2.5 Bagi Pelayanan Keperawatan di Komunitas..... | 103 |

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR GAMBAR

|   | <b>Halaman</b> |
|---|----------------|
| Gambar 2.1 Organ Reproduksi Wanita.....   | 25             |
| Gambar 2.2 Organ Reproduksi Laki-laki .....   | 27             |
| Gambar 2.3 Efektifitas Model Pembelajaran .....   | 42             |
| Gambar 2.4 Hakikat Belajar Aktif.....   | 47             |
| Gambar 2.5 Kerangka Teori.....  | 52             |
| Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....   | 53             |
| Gambar 4.1 Rancangan Penelitian <i>Pre eksperimental pre-test and post-test group design</i> .....  | 55             |
| Gambar 4.2 Skema pengambilan sampel.....  | 59             |
| Gambar 5.1 Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual ..... | 81             |

## DAFTAR TABEL

|  | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| Tabel 4.1 Jumlah sampel pada setiap kelas.....   | 58             |
| Tabel 4.2 Variabel Definisi Operasional.....   | 61             |
| Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja.....  | 68             |
| Tabel 5.1 Distribusi responden menurut umur.....   | 78             |
| Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi .....  | 79             |
| Tabel 5.3 Distribusi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual.....             | 80             |
| Tabel 5.4 Distribusi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual.....             | 81             |
| Tabel 5.5 Perubahan pengetahuan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual .....   | 82             |
| Tabel 5.6 Perbedaan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual ..... | 83             |

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran A. Lembar *Informed*
- Lampiran B. Lembar *Consent*
- Lampiran C. Kuesioner Penelitian
- Lampiran D. Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja
- Lampiran E. Keterangan Lulus SOP
- Lampiran F. Standar Operasional Prosedur (SOP) Belajar Aktif Kelompok dengan Manual
- Lampiran G. Belajar Aktif Kelompok Kesehatan Reproduksi Remaja (Bahan Informasi dan Buku Pegangan bagi Fasilitator)
- Lampiran H. Lembar Kerja dan Materi Kesehatan Reproduksi Remaja (Bahan Informasi bagi Siswa)
- Lampiran I. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran J. Hasil Analisa Data
- Lampiran K. Daftar Hadir Peserta
- Lampiran L. Hasil Lembar Kerja Siswa dan Catatan Harian
- Lampiran M. Dokumentasi Kegiatan
- Lampiran N. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran O. Lembar Pembimbingan Skripsi

## BAB 1. PENDAHULUAN

Pada bab ini dijelaskan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, dan keaslian penelitian dari pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### 1.1 Latar Belakang

Remaja adalah periode perkembangan individu yang mengalami perubahan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dengan usia antara 13-20 tahun (Potter & Perry, 2005). World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa remaja (*adolescent*) adalah penduduk usia 10-19 tahun, sedangkan menurut United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), pemuda (*youth*) adalah penduduk berusia 15-24 tahun (Moeliono, *et.al.*, 2006). Berbagai definisi tersebut menggambarkan rentang usia dan karakteristik remaja yang digunakan untuk mendeskripsikan populasi remaja dari masa kanak-kanak menuju dewasa.

Badan Pusat Statistik (2010) memaparkan jumlah penduduk remaja di Indonesia antara umur 10-24 tahun sebesar 63,4 juta, yaitu sekitar 26,7% dari jumlah penduduk Indonesia. Data tersebut dapat dilihat bahwa remaja menempati porsi cukup besar dalam susunan penduduk di Indonesia, sehingga kelompok remaja tersebut perlu ditangani selama masa pertumbuhan dan perkembangannya.

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang saling terkait, berkesinambungan, dan berlangsung secara bertahap. Perkembangan adalah proses perubahan dalam diri remaja yang terintegrasi, sehingga dapat berespon dalam menghadapi rangsangan-rangsangan dari luar (Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010). Masa remaja sebagai periode transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa melibatkan perubahan fisik / biologis, kognitif, dan sosio-emosional (Santrock, 2007).

Perubahan fisik pada masa remaja adalah terjadinya pubertas. Perubahan fisik melibatkan perubahan hormonal dan perubahan tubuh yang berlangsung pada masa remaja awal (Santrock, 2007). Menurut WHO, perubahan fisik merupakan tahap perkembangan organ reproduksi dan fungsinya dalam mencapai kematangan yang ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks primer, seperti haid dan mimpi basah dan seks sekunder, seperti buah dada dan jakun (Moeliono, *et.al.*, 2006). Perubahan fisik yang cepat menjadikan remaja mampu melangsungkan fungsi reproduksi. Pertumbuhan fisik pada masa remaja merupakan hal yang penting bagi kesehatan reproduksi (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan, melainkan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi remaja berkaitan erat dengan kesehatan remaja secara keseluruhan (Depkes RI, 2001). Tujuan dari kesehatan reproduksi adalah untuk menyiapkan remaja agar memiliki perilaku reproduksi yang sehat melalui

kemitraan sektor terkait, sehingga remaja dapat menjadi pewaris bangsa dan negara yang tumbuh dengan sehat, kuat, sejahtera lahir maupun batin (Departemen Agama Republik Indonesia, 1999). Kesehatan reproduksi remaja salah satu bentuknya adalah perilaku kesehatan reproduksi terkait dengan perkembangan yang dialami oleh remaja.

Penelitian yang dilakukan oleh dr. Andik Wijaya (dalam Foraida, 2008) terhadap 202 remaja di kota Malang, didapatkan kenyataan bahwa hampir 15% diantaranya telah melakukan hubungan seksual pranikah. Data tersebut dapat disimpulkan bahwa remaja berpotensi menambah jumlah penduduk apabila melakukan hubungan seks pranikah, namun untuk membekali remaja dalam perilaku seksual yang beresiko, penelitian ini memfokuskan pada remaja usia 15-19 tahun karena pada usia tersebut daya tarik terhadap masalah seksual semakin meningkat.

Pengendalian Penyakit Menular Langsung (PPML) dan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2011 merilis data mengenai angka penyakit HIV/AIDS di Indonesia. Jawa Timur merupakan provinsi yang memiliki kasus paling banyak dalam angka penyakit HIV/AIDS dengan jumlah 4.328 kasus. Angka ini lebih tinggi dibandingkan Papua yang menempati peringkat kedua dengan 4.005 kasus dan DKI Jakarta dengan 3.998 kasus. Penularan HIV/AIDS tidak hanya disebabkan oleh perilaku seks yang tidak sehat, tetapi juga karena jarum suntik dan ketidaktepatan penggunaan alat kontrasepsi (Arfani, 2011). Tingginya kasus di Jawa Timur tersebut menyadarkan kita akan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi dalam hal ini juga menyangkut tentang

NAPZA karena merupakan salah satu faktor penyebab dari HIV/AIDS yaitu dengan penggunaan jarum suntik yang digunakan secara bergantian.

Beberapa faktor yang menyebabkan permasalahan perilaku kesehatan reproduksi adalah rendahnya pemahaman tentang isu-isu seksual, kurangnya informasi, dan belum menyentuhnya pelayanan kesehatan reproduksi. Permasalahan pertama adalah rendahnya pemahaman remaja tentang isu-isu seksual dan kesehatan reproduksi (Mahmuda, 2009). Isu-isu seksual yang berkembang misalnya remaja mengalami kebingungan dengan perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak fenomena yang memperlihatkan sebagian remaja belum mengetahui dan memahami tentang menstruasi, kehamilan yang tidak diinginkan, Infeksi Menular Seksual (IMS) hingga HIV/AIDS, dan banyak berkembang mitos-mitos seputar seks dan HIV/AIDS. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi relatif masih rendah. Remaja perempuan sebanyak 13% tidak tahu tentang perubahan fisiknya dan hampir separuhnya (47,9%) tidak mengetahui kapan masa subur seorang perempuan (BKKBN, 2012)

Permasalahan kedua adalah rendahnya pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi, karena remaja tidak memperoleh informasi yang cukup dan benar tentang kesehatan reproduksi. Permasalahan ini didukung pula bahwa remaja masih belum tersentuh pelayanan kesehatan reproduksi, seperti informasi, konseling, dan pelayanan medis (Mahmuda, 2009). Pelayanan kesehatan kepada remaja yang berkualitas masih jarang didapatkan (BKKBN, 2003, dalam Wijayanti, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Widayati (2008) pada remaja

SMU Negeri di Jember, dilaporkan bahwa mayoritas responden remaja setuju dengan pengadaan pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah yaitu sebanyak 62,6% dan yang tidak setuju hanya 2,6%. Hal ini menunjukkan perlu adanya dukungan pada kelompok remaja terkait dengan kesehatan reproduksi.

Dukungan pada kelompok remaja terutama dukungan emosional penting pada masa transisi remaja, terutama dalam peningkatan keterlibatan remaja dengan teman sebaya. Remaja yang melewati perubahan fisik akan mendapatkan kenyamanan bersama orang lain yang juga sedang melewati perubahan yang sama (Robinson, dalam Papalia, *et. al.*, 2008). Perubahan sosial yang terjadi pada masa remaja adalah semakin meningkatnya waktu untuk berhubungan dengan teman sebaya dan lawan jenis (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Ciri-ciri perkembangan remaja kelompok usia 15-19 tahun dari segi sosial adalah adanya teman sebaya yang dapat mempengaruhi perilaku. Bentuk intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut adalah dengan membantu remaja mengembangkan dan mempertahankan hubungan sebaya yang positif serta mengarahkan remaja untuk menghadapi tekanan negatif dari sebaya dan orang lain (Moeliono, *et.al*, 2006).

Perubahan sosial terkait dengan dukungan teman sebaya biasanya berlangsung ketika remaja duduk di bangku sekolah. Sekolah sebagai instansi yang selama ini dipercaya untuk mendidik anak-anak dan remaja dapat mengambil peran dalam membantu remaja mengisi waktu luangnya dengan kegiatan positif. Sekolah dan pendidikan tinggi menekankan perkembangan keterampilan intelektual dan konsep yang penting bagi kecakapan sosial.

Indonesia memiliki lembaga pendidikan yang banyak dan beragam.

Remaja yang beragama Islam dapat memilih lembaga pendidikan seperti, pondok pesantren dan juga madrasah, selain itu juga terdapat sekolah umum bagi remaja yang ingin menguasai pendidikan umum. Ketiga lembaga ini sama-sama mempunyai peran untuk memberikan ilmu dan memberdayakan masyarakat (Effendi, 2010).

Pesantren merupakan salah satu lembaga pendidikan di Indonesia yang mempunyai kultur, metode, dan jaringan yang unik. Pesantren sebagai tempat pendidikan agama memiliki basis sosial karena keberadaannya menyatu dengan masyarakat (Wijayanti, 2007). Pondok pesantren adalah suatu lembaga pendidikan agama Islam yang tumbuh dan diakui masyarakat. Pesantren dengan sistem asrama mengakibatkan santri-santri menerima pendidikan agama melalui sistem pengajian atau madrasah yang sepenuhnya berada dibawah kepemimpinan seseorang atau beberapa orang kiai dengan ciri-ciri khas yang bersifat kharismatik serta independen dalam segala hal (Effendi, 2010). Pondok pesantren bertujuan untuk menanamkan rasa keagamaan pada semua kehidupan serta menjadikan orang yang berguna bagi agama, masyarakat dan negara. Para santri yang belajar di pesantren umumnya berada pada usia remaja.

Indriani (2009) mengutip dari BPS Jember (2008), menyebutkan bahwa jumlah penduduk menurut kelompok umur 15-19 berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2000 di Kabupaten Jember sebesar 203.522 jiwa dengan prosentase laki-laki 49% (100.393 orang) dan perempuan 51% (103.129 orang). Kabupaten Jember mempunyai 31 Kecamatan, tiga diantaranya adalah wilayah

pemekaran Kotatiff Jember, yakni Kaliwates, Sumber Sari, dan Patrang. Faktor yang mempengaruhi perilaku seks bebas daerah Kotatiff salah satunya karena paparan dari media massa. Salah satu dampak buruk dari media massa adalah remaja mudah mengadaptasi informasi dan mengaplikasikan dalam kebiasaan-kebiasaan yang tidak sehat. Salah satu wilayah pemekaran terbesar adalah Kecamatan Kaliwates. Kecamatan Kaliwates merupakan daerah dengan jumlah murid dan sekolah terbanyak pada kategori sekolah pondok pesantren, yaitu 1.514 murid. Wawancara yang dilakukan kepada Petugas Kementerian Agama yang menangani pondok pesantren didapatkan hasil bahwa Pondok Pesantren Darus Sholah merupakan pondok pesantren terbesar di Kecamatan Kaliwates.

Pondok pesantren Darus Sholah merupakan pondok pesantren modern. Pondok pesantren modern atau khalafi menggunakan sistem pendidikan dalam pengajarannya mengintegrasikan sistem madrasah dengan pengajaran secara klasikal yang memasukkan pengetahuan umum dan bahasa non Arab ke dalam satu kurikulum (Sasono, dalam Indriani, 2009). Studi pendahuluan yang dilakukan kepada Pengurus di Pondok Pesantren Darus Sholah, didapatkan data bahwa masih belum adanya pendidikan tentang kesehatan reproduksi remaja. Pernyataan ini didukung oleh wawancara yang dilakukan peneliti pada 10 santri dengan usia antara 15 sampai 18 tahun mengenai kesehatan reproduksi didapatkan data 60% santri tidak mengetahui konsep kesehatan reproduksi dengan benar. Data yang diperoleh tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa informasi yang diberikan kepada remaja melalui pendidikan sekolah belum menyentuh kepada area kesehatan reproduksi.

Aditya (2004, dalam Mahmuda, 2009) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi perlu diberikan sejak dini agar dapat mengenali organ-organ reproduksi dan bagaimana menjaganya, bagaimana dampak dari hubungan seks yang tidak aman sampai bagaimana cara penularan HIV/AIDS dan pencegahannya. Salah satu strategi pembelajaran yang tepat dalam program kesehatan reproduksi remaja yaitu dengan menggunakan proses belajar aktif (PBA). PBA mengajak peserta pelajar untuk melakukan berbagai kegiatan (curah pendapat, bermain, simulasi, bermain peran, dan diskusi) dengan tujuan mengungkapkan pengalaman dan pengetahuan yang sudah dimiliki sebelumnya atau justru memberikan pengalaman-pengalaman kecil. Pendekatan belajar aktif terbukti lebih mudah dan efektif diikuti oleh remaja (Moeliono, *et.al*, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2009), menunjukkan bahwa strategi belajar aktif memberikan pengaruh positif terhadap perubahan kognitif, afektif, dan psikomotor dalam peningkatan hasil belajar biologi siswa. Penelitian serupa dilakukan oleh Widodo (1998, dalam Sunaryo, 2007) mengenai pengaruh diskusi kelompok, didapatkan hasil bahwa metode diskusi kelompok lebih meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader Usaha Kesehatan Gizi Masyarakat Desa (UKGMD) dibandingkan dengan metode ceramah. Penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa metode belajar aktif dan diskusi kelompok dapat memberikan perubahan positif terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan dari peserta didik.

Proses belajar aktif kelompok akan lebih efektif bila ditunjang dengan alat bantu mengajar. Penggunaan alat bantu mengajar seperti manual atau buku pegangan dapat membantu pendidik dalam melakukan proses pembelajaran. Manual dirancang bagi fasilitator yang akan menyampaikan materi mengenai kesehatan reproduksi dengan cara-cara yang mudah dipahami, menyenangkan serta sesuai dengan karakteristik remaja sebagai peserta belajar (Moeliono, *et.al.*, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Izmail (2003) mengenai penggunaan manual pengajaran oleh guru telah meningkatkan pencapaian dalam hasil belajar siswa sebanyak 7,34%. Penggunaan manual ini telah meningkatkan interaksi antara dua hal, yaitu guru dengan pelajar dan pelajar dengan pelajar, sehingga proses belajar mengajar akan lebih berkesan.

Sejauh yang peneliti ketahui bahwa belajar aktif dengan manual yang dilakukan secara berkelompok dan membahas mengenai kesehatan reproduksi remaja belum pernah dilakukan sebelumnya. Sehubungan dengan itu peneliti tertarik untuk meneliti tentang pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Belajar aktif kelompok dengan manual diharapkan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja mengenai pentingnya menjaga kesehatan reproduksi remaja (KRR) serta mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari.

## 1.2 Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. mengidentifikasi karakteristik responden di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi pengetahuan kesehatan reproduksi pada responden sebelum dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi pengetahuan kesehatan reproduksi pada responden setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember;

- d. menganalisis pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Bagi Remaja**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan remaja untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman mengenai pentingnya KKR, melindungi anak dan remaja dari reproduksi yang beresiko seperti infeksi menular seksual (IMS), HIV/AIDS serta penyalahgunaan NAPZA, serta membuka akses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui sekolah maupun luar sekolah sebagai bentuk aplikasi dari belajar aktif kelompok dengan manual.

##### **1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti tentang pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja, sehingga dapat membekali remaja dengan pengetahuan yang benar mengenai tubuhnya sendiri, seksualitas dan kesehatan reproduksi.

#### 1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember sehingga dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya dan untuk menambah pengetahuan mahasiswa tentang model pembelajaran aktif yang dapat digunakan sebagai upaya promosi kesehatan dalam membentuk pengetahuan dasar mengenai materi kesehatan reproduksi remaja.

#### 1.4.4 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

Sebagai sumbangan aplikatif bagi tenaga kesehatan, terutama perawat komunitas dan perawat maternitas dalam meningkatkan perhatian mengenai kesehatan reproduksi remaja dengan tujuan agar mempermudah remaja mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Sejauh yang peneliti ketahui bahwa penelitian tentang pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelumnya belum pernah dilakukan. Namun, terdapat penelitian lain yang masih terkait dengan variabel perilaku kesehatan reproduksi remaja.

Penelitian tentang variabel belajar aktif dilakukan oleh Widyaningrum (2011) dengan judul skripsi “Penerapan *Active Learning* Dengan Metode *Information Search* Untuk Meningkatkan Aktivitas Belajar Biologi Siswa Kelas X-11 SMA Negeri 1 Sukoharjo”. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan 1) aktivitas belajar biologi melalui penerapan *Active Learning* dengan metode

*Information Search* 2) hasil belajar biologi sebagai dampak dari peningkatan aktivitas belajar biologi siswa kelas X-11. Penelitian ini merupakan penelitian tindakan kelas (*classroom action research*). Teknis analisis data adalah analisis deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan tindakan kelas melalui penerapan *active learning* dengan metode *information research* dapat meningkatkan 1) aktivitas belajar biologi siswa 2) hasil belajar biologi siswa sebagai dampak dari peningkatan aktivitas belajar. Hal ini dibuktikan dari rata-rata nilai capaian indikator aktivitas belajar siswa meningkat 7,4% pada siklus II dan 7% pada siklus III.

Penelitian tentang variabel perilaku kesehatan reproduksi dilakukan oleh Fitriyanti (2008) sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja dengan Perilaku Reproduksi Sehat di SMA Dharma Pancasila, Medan”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja dengan reproduksi sehat. Desain penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Proses pengambilan sampel dengan menggunakan teknik sampel jenuh. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel independen (pengetahuan kesehatan reproduksi remaja) dan variabel dependen (perilaku reproduksi sehat) maka uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil penelitian tersebut, menunjukkan bahwa sebagian besar siswa laki-laki kelas 3 SMA Dharma Pancasila memiliki pengetahuan sistem reproduksi yaitu baik sebanyak 28 orang siswa (65,1%) dan siswa perempuan memiliki pengetahuan baik tentang sistem reproduksi sebanyak 27

orang siswa (58,7%). Tindakan reproduksi sehat siswa laki-laki kelas 3 SMA Dharma Pancasila mengenai sistim kesehatan reproduksi pada kategori baik sebanyak 36 orang siswa (83,7%) dan tindakan kesehatan reproduksi pada siswa perempuan pada kategori baik sebanyak 34 orang siswa (73,9%). Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan siswa dengan perilaku reproduksi sehat. Penelitian ini dapat digunakan oleh institusi pendidikan untuk memberikan informasi dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi agar mampu untuk merawat organ reproduksi.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian saat ini yang berjudul “Pengaruh Belajar Aktif Kelompok dengan Manual terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember” adalah pada tujuan yang mengidentifikasi apakah ada pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Penelitian ini menggunakan rancangan pra-eksperimental (*one-group pra-post test design*) dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampelnya menggunakan *Stratified Random Sampling* dan data dianalisis dengan uji statistik *Wilcoxon*. Variabel yang akan diuji adalah pengetahuan kesehatan reproduksi sebagai variabel dependen yang diukur sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual pada remaja. Hasil yang diharapkan oleh peneliti saat ini adalah terdapat pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi sehingga dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja mengenai pentingnya KRR.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang konsep remaja, kesehatan reproduksi remaja, pengetahuan dan belajar aktif kelompok dengan manual dari penelitian pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### 2.1 Remaja

#### 2.1.1 Definisi Remaja

Masa remaja (*adolescence*) sebagai periode transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa yang terdiri dari tiga aspek. Pertama, aspek kronologi yang berarti usia remaja antara 11-12 tahun sampai 20-21 tahun. Kedua, aspek fisik ditandai dengan adanya perubahan fisik karena kematangan organ reproduksi dan perubahan seksualitas. Ketiga, aspek psikologi ditandai dengan perubahan kognitif, emosional, sosial dan moral (Santrock, 2007).

Masa remaja dimulai pada usia 11 atau 12 tahun sampai masa remaja akhir atau awal usia dua puluhan, dan masa tersebut membawa perubahan dalam perkembangan remaja (Papalia, *et.al*, 2008). Masa ini merupakan periode transisi yang unik dan ditandai dengan berbagai perubahan fisik, emosi, dan psikis. Selain periode transisi yang unik, remaja memiliki masa yang khusus dan penting, karena merupakan periode pematangan organ reproduksi dan sering juga disebut masa

pubertas (Depkes RI, 2002). Remaja yang sudah menikah tergolong dalam tahap perkembangan dewasa atau bukan lagi remaja. Sebaliknya, jika usia sudah bukan lagi remaja tetapi masih tergantung dengan orang tua, maka dimasukkan dalam kelompok remaja (Aini dan Ramadhy, 2011).

### 2.1.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Masa Remaja

Menurut karakteristik perkembangannya, Depkes RI (2001) membagi masa remaja dibagi menjadi tiga tahap, antara lain: (1) masa remaja awal (10-12 tahun); (2) masa remaja tengah (13-15 tahun); (3) masa remaja akhir (16-19 tahun). Ciri-ciri perkembangan remaja perlu dipahami, agar dapat menangani masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Depkes RI (2002) membagi ciri-ciri perkembangan sesuai tahapnya, yaitu perkembangan remaja awal, remaja tengah, dan remaja akhir.

#### 1) Ciri perkembangan remaja awal

Perkembangan remaja awal mempunyai ciri-ciri, antara lain: cemas terhadap penampilan fisik; terjadinya perubahan hormonal; ingin kebebasan; lebih dekat dengan teman sebaya; membutuhkan rasa kebersamaan dalam kelompok; dan mulai tidak patuh pada peraturan orang tua.

#### 2) Ciri perkembangan remaja tengah

Perkembangan remaja tengah ditandai dengan perasaan yang lebih sabar, toleran, dan dapat menerima pendapat orang lain walaupun berbeda pendapat; belajar berfikir secara independen dan membuat keputusan sendiri; bereksperimen untuk menentukan citra diri yang cocok bagi remaja; lebih

bersosialisasi dan tidak malu; lebih akrab dengan teman sebaya dan jauh dengan keluarga; mulai membina hubungan dengan lawan jenis; mampu berfikir abstrak dan hipotesis.

### 3) Ciri perkembangan remaja akhir

Ciri-ciri perkembangan remaja akhir ditandai dengan adanya sifat realistik; melibatkan diri dengan kehidupan, pekerjaan, dan hubungan diluar keluarga; menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman; siap untuk mandiri dengan meninggalkan keluarga dan menemukan tempatnya sendiri.

Santrock (2007) menjelaskan bahwa masa remaja (*adolescence*) merupakan periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, yang melibatkan perubahan biologis, kognitif dan sosio-emosional. Perubahan yang terjadi pada remaja berdasarkan tahap perkembangannya dibagi menjadi empat, yaitu perubahan fisik, emosional, kognitif, dan psikososial.

#### 1) Perubahan fisik

Perubahan yang paling jelas dialami oleh remaja adalah perubahan biologis dan fisiologis yang berlangsung pada masa pubertas atau pada awal masa remaja, yaitu sekitar umur 11-15 tahun pada wanita dan 12-16 tahun pada pria (Hurlock, dalam Agustiani, 2006). Perubahan fisik remaja disebabkan oleh adanya perubahan hormonal. Hormon yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan adalah hormon pertumbuhan (*growth hormone*), hormon gonadotropik (*gonadotropic hormone*), esterogen, progesteron, dan testosteron (Poltekkes Depkes RI, 2010). Tanda-tanda yang muncul pada perubahan fisik yaitu adanya tanda seks primer dan seks sekunder.

a. Tanda-tanda seks primer

Karakteristik primer yaitu berhubungan langsung dengan organ seks, seperti terjadinya haid pada remaja putri (*menarche*) dan mimpi basah pada remaja laki-laki (Depkes RI, 2001). Organ reproduksi pada wanita meliputi indung telur (*ovaries*), tuba fallopi, uterus, dan vagina. Sedangkan pada pria, organ reproduksinya meliputi testis, penis, skrotum (kantong kemaluan), gelembung sperma, dan kelenjar prostat (Papalia *et.al.*, 2008).

b. Tanda-tanda seks sekunder

Karakteristik seks sekunder ditunjukkan dengan adanya sinyal fisiologis kematangan seksual yang tidak berkaitan langsung dengan organ seks, misalnya, payudara wanita dan lebar bahu pada pria. Karakteristik seks sekunder lainnya adalah perubahan suara, tekstur kulit, pertumbuhan *pubic*, rambut tubuh, wajah, dan ketiak (Papalia *et.al.*, 2008).

Potter & Perry (2005) menyebutkan empat fokus utama dalam perubahan fisik, antara lain: (1) peningkatan kecepatan pertumbuhan skelet, otot, dan visera; (2) perubahan spesifik seks, seperti perubahan bahu dan lebar pinggul; (3) perubahan distribusi otot dan lemak; (4) perkembangan sistem reproduksi dan karakteristik seks sekunder.

2) Perubahan emosional

Perubahan emosional terjadi akibat perubahan fisik dan hormonal yang dialami remaja serta adanya pengaruh lingkungan yang terkait dengan perubahan badaniah tersebut. Perubahan hormonal menyebabkan perubahan seksual dan menimbulkan dorongan dan perasaan baru. Keterbatasan kognitif

dalam mengolah perubahan baru dapat membawa perubahan dalam mengontrol emosi. Emosional remaja juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial yang senantiasa berubah, seperti tekanan dari teman sebaya, media masa, dan minat pada jenis seks lain. Pengaruh tersebut menuntut kemampuan pengendalian dan pengaturan baru atas perilakunya (Lerner & Hultsch, dalam Agustiani, 2006).

### 3) Perubahan kognitif

Prinsip perkembangan kognitif menurut Piaget, remaja telah melalui empat tahap yaitu: sensorimotor, praoperasional, operasi konkret, dan operasi formal. Setiap tahapan mengandung cara-cara pemikiran yang berbeda-beda dan dipelajari dalam tahap sebelumnya (Santrock, 2007; Kemkes RI, 2010 ).

Menurut Piaget, tahap operasi formal muncul pada usia antara 11 hingga 15 tahun. Karakteristik yang lebih menonjol dalam tahap ini adalah sifatnya yang lebih abstrak dibandingkan pemikiran operasi konkret. Remaja juga sudah mampu berfikir secara sistematis, yaitu mampu memikirkan semua keinginan untuk memecahkan masalah (Santrock, 2007; Poltekkes Depkes RI, 2010).

Aktivitas proses berfikir remaja mulai menyerupai cara berfikir orang dewasa, karena kemampuannya sudah berkembang pada hal-hal yang bersifat abstrak. Remaja sudah mampu memprediksi berbagai macam kemungkinan, dengan membedakan mana yang terjadi dan mana yang seharusnya terjadi (Sanjaya, 2008).

Pemikiran yang menyertai sifat abstrak dari pemikiran formal operasional adalah pemikiran yang banyak mengandung idealisme dan kemungkinan. Sedangkan anak-anak sering berpikir konkret mengenai hal-hal yang bersifat nyata dan terbatas. Remaja mulai terlibat dalam berbagai spekulasi mengenai karakteristik-karakteristik ideal dan juga seringkali berfantasi mengenai kemungkinan-kemungkinan di masa depan (Santrock, 2007).

#### 4) Perubahan psikososial

Tugas utama dalam perkembangan psikososial remaja adalah pencarian identitas diri (Potter & Perry, 2005). Remaja mulai merintis pencarian identitas diri pada tahap remaja muda. Pencarian identitas diri yaitu pencarian diri sendiri, dimana remaja ingin tahu kedudukan dan perannya dalam lingkungan serta pada dirinya sendiri. Pencarian identitas ini menyangkut soal apa dan siapa dia, semua yang berhubungan dengan “aku” ingin diselidiki dan dikenalnya (Erickson dalam Depkes RI, 2003).

Remaja yang tidak berhasil mengatasi krisis identitas akan mengalami kebingungan identitas (*identity confusion*). Kebingungan identitas ditandai dengan remaja menarik diri, mengisolasi diri dari kawan-kawan dan keluarga, atau menyembunyikan dirinya dalam pergaulan dengan teman-temannya dan kehilangan identitasnya sendiri (Erickson dalam Santrock, 2007).

## 2.2 Kesehatan Reproduksi

### 2.2.1 Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja

Reproduksi berasal dari kata *re* yang artinya kembali, dan *produksi* yang artinya membuat atau menghasilkan. Reproduksi adalah proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan, sedangkan organ reproduksi adalah bagian-bagian tubuh yang berfungsi dalam proses reproduksi manusia (Moeliono *et.al.*,2003). Kesehatan reproduksi yang ditetapkan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development / ICPD*) adalah suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang tidak hanya berkaitan dengan adanya penyakit atau kelemahan, tetapi dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya (Poltekkes Depkes, 2011).

Kesehatan reproduksi remaja adalah keadaan sejahtera fisik dan psikis seorang remaja, termasuk keadaan terbebas dari kehamilan yang tidak dikehendaki, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, serta semua bentuk kekerasan dan pemaksaan seksual (Zulaikha, 2010). Kesehatan reproduksi remaja secara umum dapat diambil kesimpulan, yaitu suatu keadaan sejahtera baik secara fisik, mental, maupun sosial yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Kesejahteraan di dalamnya menyangkut terbebas dari kehamilan yang tidak dikehendaki, PMS, HIV/AIDS, NAPZA dan kekerasan seksual (Depkes RI, 2003)

### 2.2.2 Dimensi Kesehatan Reproduksi

Pelayanan kesehatan reproduksi telah dirumuskan oleh beberapa pakar menjadi dua dimensi. Hal ini sesuai dengan rekomendasi strategi regional WHO untuk negara-negara anggota di Asia Tenggara dalam pertemuan koordinasi pralokakarya nasional di Jakarta (Harahap, 2003). Depkes RI (2001) membagi pelayanan kesehatan reproduksi menjadi dua, yaitu pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif.

Pelayanan kesehatan reproduksi esensial terdiri dari empat komponen, antara lain: kesejahteraan ibu dan bayi; keluarga berencana; kesehatan reproduksi remaja; dan pencegahan serta penanganan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS. Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif adalah penambahan dari komponen pelayanan kesehatan reproduksi esensial yaitu pencegahan dan penanganan masalah usia lanjut. Pelayanan kesehatan reproduksi bukanlah suatu pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri, tetapi merupakan kombinasi berbagai pelayanan (Depkes RI, 2001).

### 2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Harahap (2003) mengelompokkan empat faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, antara lain:

- 1) Faktor sosial, ekonomi, dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil);

- 2) Faktor budaya dan lingkungan (misalnya, praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain);
- 3) Faktor psikologis (dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasannya secara materi);
- 4) Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual);

Faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi diatas dapat diambil kesimpulan bahwa permasalahan kesehatan reproduksi sesungguhnya terletak pada konteks sosial, ekonomi, dan kebudayaan yang sangat kompleks. Friskarini (2004) menjelaskan bahwa dari tiga aspek yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi, aspek sosial dianggap memberikan pengaruh paling besar. Aspek sosial berpengaruh besar karena elemen dalam kesehatan reproduksi berhubungan dengan perempuan dan masalah sosial. Masalah sosial dipengaruhi oleh bagaimana masyarakat mempersepsikan peranan perempuan, menjaga kesehatan ibu, menilai tentang anak-anak, keluarga, mendapatkan informasi yang tepat tentang kesehatan reproduksi, dan hak-hak yang dimiliki perempuan.

Pengaruh dari semua faktor diatas dapat dikurangi dengan intervensi yang tepat, dengan fokus pada penerapan hak reproduksi wanita dan pria dengan dukungan di semua tingkat administrasi, sehingga dapat diwujudkan dalam berbagai program, misalnya, program kesehatan, pendidikan, sosial dan pelayanan non-kesehatan lain yang terkait dalam pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Harahap, 2003).

#### 2.2.4 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Remaja

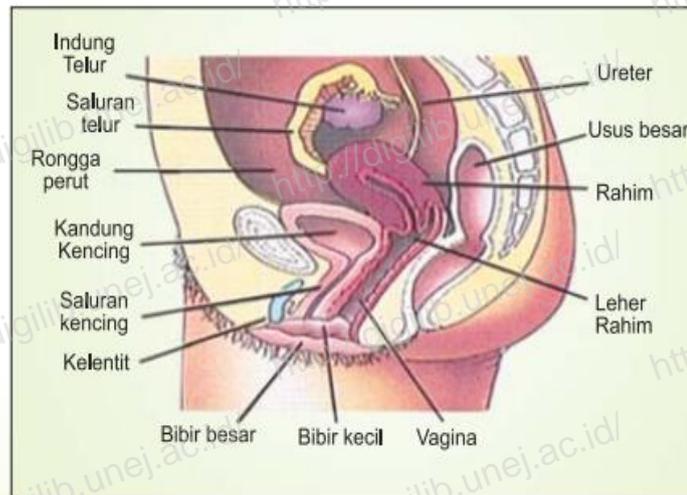
Kesehatan reproduksi remaja dibagi menjadi tiga ruang lingkup berdasarkan Triad KRR, yaitu pengenalan organ reproduksi, penyakit menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA (Moeliono *et.al.*, 2006)

##### 1) Pengenalan organ reproduksi

Ada dua organ reproduksi yang perlu diinformasikan kepada remaja, yaitu organ reproduksi perempuan dan laki-laki, sedangkan yang disebut organ reproduksi adalah alat tubuh yang berfungsi untuk reproduksi manusia. Organ reproduksi perempuan dan laki-laki terdiri atas bagian luar dan bagian dalam.

##### a. Organ reproduksi wanita

Organ reproduksi wanita dibagi menjadi dua bagian, yaitu organ reproduksi eksternal dan internal. Organ reproduksi eksternal meliputi introitus, labia, dan klitoris. Sedangkan organ reproduksi internal terdiri dari vagina, uterus, tuba fallopi, ovarium, dan serviks.



Gambar 2.1 Organ reproduksi wanita  
(Medicastore.com, 2012)

Potter & Perry (2005) membagi organ reproduksi wanita menjadi dua bagian, yaitu organ reproduksi eksternal dan internal.

(1) Organ reproduksi eksternal

Organ reproduksi eksternal terdiri dari: introitus (mulut vagina) yaitu ujung luar dari vagina; labia (bibir kemaluan) yang terdiri dari dua bibir, yaitu bibir besar dan bibir kecil; klitoris, yaitu organ kecil yang berada di atas lubang kencing dan dilindungi lipatan bibir kecil. Ukurannya sebesar kacang polong, penuh dengan sel syaraf sensorik dan pembuluh darah (Kemkes RI, 2010).

(2) Organ reproduksi internal

Organ reproduksi internal wanita terdiri dari vagina, uterus, tuba fallopi, ovarium, dan serviks.

a) Vagina

Vagina merupakan saluran elastis yang menghubungkan uterus dengan alat reproduksi bagian luar (Poltekkes Depkes RI, 2010). Organ

reproduksi ini memiliki dinding tipis yang terangkat ke atas dan berfungsi sebagai saluran pada saat menstruasi, melahirkan anak, dan kenikmatan seksual (Potter & Perry, 2005).

b) Uterus (rahim)

Uterus merupakan organ yang berbentuk seperti buah peer, berongga dan berotot (Depkes, 2003). Uterus tempat tertanamnya ovum yang telah dibuahi; yang selanjutnya akan tumbuh dan berkembang menjadi janin. Uterus mengelupas dan terjadi perdarahan bila tidak terjadi pembuahan yang disebut menstruasi (Poltekkes Depkes RI, 2010).

c) Tuba fallopi (saluran telur)

Tuba fallopi terdiri dari dua saluran, terletak pada kanan dan kiri rahim yang menghubungkan uterus dengan ovarium (Kemkes RI, 2010).

d) Serviks (leher rahim)

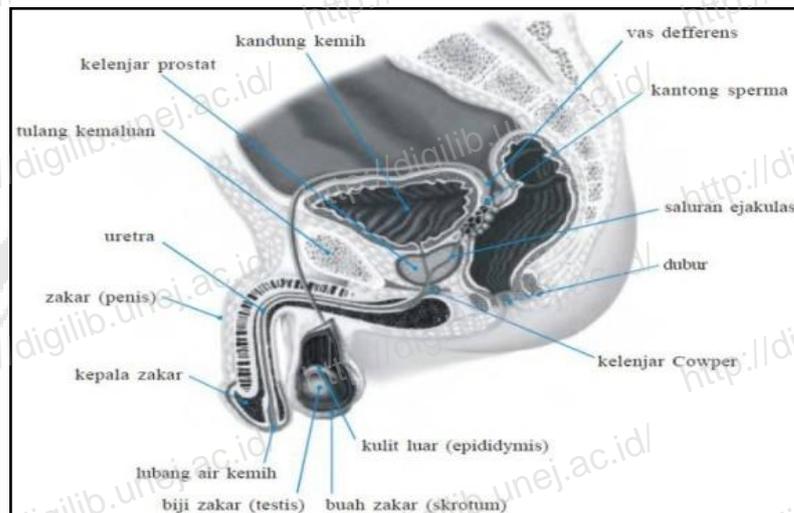
Serviks adalah bagian bawah rahim yang berhubungan dengan bagian atas vagina dan memproduksi cairan berlendir (Kemkes RI, 2010)

e) Ovarium (indung telur)

Ovarium menghasilkan hormon estrogen dan progesteron (Kemkes RI, 2010). Sejak pubertas setiap bulan ovarium melepas satu ovum yang disebut ovulasi (Kemkes RI, 2010; Depkes RI, 2003).

## b. Organ reproduksi laki-laki

Organ reproduksi laki-laki dibagi menjadi dua bagian yaitu organ reproduksi eksternal yang terdiri dari penis, preputium, testis dan skrotum dan organ reproduksi internal yang terdiri dari vas deferens, kelenjar prostat, uretra.



Gambar 2.2 Organ reproduksi laki-laki (Haryono, 2010)

Berikut ini organ reproduksi pada laki-laki bila dilihat dari letaknya, yaitu organ reproduksi eksternal dan internal.

### (1) Organ reproduksi eksternal

Organ reproduksi eksternal terdiri dari penis, preputium, testis, dan skrotum. Penis adalah alat senggama, dan saluran untuk pengeluaran sperma dan air seni. Preputium adalah lekukan kulit yang melindungi kepala penis. Testis merupakan organ penghasil hormon testosteron dan spermatozoa. Ukuran dan posisi testis berbeda antara kanan dan kiri. Skrotum adalah kantong kulit yang melindungi testis, berwarna gelap dan berlipat-lipat, serta tempat bergantungnya testis (Kemkes RI, 2010).

## (2) Organ reproduksi internal

Organ reproduksi internal laki-laki terdiri dari: vas deferens, yaitu saluran yang menyalurkan sperma dari testis menuju ke saluran kencing; kelenjar prostat, vesikula seminalis dan kelenjar lainnya merupakan kelenjar yang menghasilkan cairan sperma (semen) yang berguna untuk memberikan makanan pada sperma; uretra/saluran kencing, yaitu jalan bagi air kencing dan mani menuju lubang di ujung kepala penis. Saat air mani keluar secara otomatis katup untuk air kencing menutup (Kemkes RI, 2010)

## 2) Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS

Kasus IMS dan HIV/AIDS banyak terjadi di kalangan remaja. Berbagai jenis IMS serta HIV/AIDS berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang pada umumnya dan kondisi kesehatan reproduksi pada khususnya karena berbagai penyakit IMS dan HIV/AIDS berkaitan langsung dengan sistem reproduksi manusia, bahkan berdampak pada kematian (Depkes, 2003).

### a. Infeksi menular seksual (IMS)

Infeksi menular seksual adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual (Depkes, 2003). Tempat penularan penyakit ini adalah genital, tetapi mungkin juga melalui oral-genital atau anal-genital (Potter & Perry, 2005). Penyakit ini apabila tidak diobati dengan benar akan berakibat serius bagi kesehatan reproduksi, seperti terjadinya kemandulan, kebutaan pada bayi yang baru lahir bahkan kematian. Termasuk di dalam kelompok PMS adalah

gonore, sifilis, ulkus molle, kondiloma akuminata, herpes genital dan HIV/AIDS (Depkes, 2001).

Penelitian yang dilakukan oleh Tarmanta (2003), bahwa penyakit menular seksual (PMS) di Kota Palangkaraya cenderung meningkat, tahun 2001 kejadian PMS pada remaja akhir 73 orang. Peningkatan tersebut terjadi karena perilaku seksual berisiko PMS, sehingga dampak yang ditimbulkan dapat berpengaruh pada kesehatan reproduksi remaja. Hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan dengan perilaku berisiko PMS pada remaja umur 15-19 tahun secara statistik terdapat hubungan yang bermakna ( $P < 0,05$ ). Pengetahuan dan sikap dapat dipertimbangkan sebagai dasar program intervensi pencegahan PMS dengan memperhatikan juga pengaruh pornografi sebagai variabel luar yang ikut mempengaruhi perilaku berisiko PMS pada remaja

#### b. HIV/AIDS

HIV/AIDS termasuk dalam PMS karena salah satu cara penularannya adalah melalui hubungan seksual. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immuno virus*) ditandai dengan menurunnya sistem kekebalan tubuh (Depkes, 2003).

Kementerian Kesehatan RI (2011) melaporkan kasus HIV/AIDS di Indonesia pada tahun 2011 sebanyak 15.589 kasus pada HIV dan 1.805 kasus pada AIDS dengan jumlah terbanyak berada di Provinsi Jawa Timur (4328 kasus). Proporsi kumulatif kasus HIV/AIDS (1987-2011) tertinggi pada

kelompok umur 20-29 tahun (45,9%), dan tahun 2011 tertinggi pada kelompok umur 30-39 tahun (33,2%).

Penularan HIV/AIDS selain disebabkan melalui hubungan seksual, juga dapat disebabkan oleh beberapa hal, seperti tranfusi darah, berbagi jarum, dan penularan dari ibu ke anak. Penyalahgunaan NAPZA juga berkaitan dengan kejadian HIV/AIDS. Meningkatnya prevalensi HIV pada pengguna NAPZA suntik disebabkan oleh penggunaan jarum dan alat suntik yang tidak steril dan dilakukan secara bergantian (Besral, dkk, 2004).

Survei pengguna NAPZA suntik di DKI Jakarta tahun 2000 memperlihatkan bahwa lebih dari 50% penyuntikan dilakukan secara berkelompok sebanyak 2-10 pengguna. Sebagian besar menggunakan jarum suntik secara bergantian. Sterilisasi alat dan jarum suntik tidak dilakukan dengan baik, sebagian besar melaporkan hanya menggunakan air dingin untuk membersihkan alat dan jarum suntik bekas pakai. Hasil analisis memperlihatkan bahwa potensi penyebaran HIV dari pengguna NAPZA suntik ke masyarakat umum ternyata sangat besar, sehingga perlu dilakukan upaya yang maksimal untuk menguranginya, dimulai dengan pemutusan kontak seks antara pengguna NAPZA suntik dengan pasangannya melalui pendidikan tentang penularan HIV, anjuran untuk selalu menggunakan kondom bila berhubungan seks dan mewajibkan pemakaian kondom bagi pelanggan penjaja seks komersil (program kondom 100%) ketika berhubungan seks (Besral, dkk, 2004).

### 3) NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) merupakan suatu pola penggunaan yang bersifat patologik, dan berlangsung dalam jangka waktu tertentu dan menimbulkan gangguan fungsi sosial dan okupasional (Arifin, 2002). Jenis NAPZA yang disalahgunakan antara lain:

- a. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semi sintesis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, kehilangan rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan.
- b. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang bersifat psikoaktif melalui saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.
- c. Zat akditif lainnya adalah
  - (1) Minuman beralkohol
  - (2) Rokok
  - (3) Zat lain yang dapat menyebabkan adiksi, misalnya obat steroid (Depkes, 2003)

Remaja yang diindikasikan menjadi pengguna narkoba tercatat 19 % dari jumlah remaja di Indonesia atau sekitar 14 ribu remaja. Ibu Negara, Ani Bambang Yudhoyono dalam peluncuran Aksi Peduli Anak Bangsa Bebas Narkoba menyatakan bahwa fenomena ini akan menjadi pertanda buruk bagi eksistensi bangsa, jika persoalan tersebut tidak segera dicarikan solusinya. Remaja yang telah terkontaminasi oleh narkoba secara otomatis akan mengalami banyak

masalah. Permasalahan ini mulai dari mengalami degradasi moral, penurunan intelektual, hingga penurunan produktivitas. Pada akhirnya mereka akan menjadi remaja pemalas dalam melaksanakan berbagai hal termasuk belajar (BeritaJakarta.com, 2010)

## **2.3 Konsep Pengetahuan**

### **2.3.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran dan indera penglihatan (Notoatmodjo, 2010). Hasil penelitian Notoatmodjo (2003, dalam Oliviya, 2011) menyatakan bahwa indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata kurang lebih 75% sampai 85% dan sisanya sekitar 13% sampai 25% tersalur melalui indera yang lain. Pengetahuan baru pada domain kognitif dapat menimbulkan respon batin berupa sikap yang merangsang tindakan atau perilaku terhadap stimulus yang baru diterima.

Pengetahuan merupakan hasil dari mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wahid, dkk, dalam Mubarak, 2007). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku yang akan dibentuk terjadi akibat paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk berbuat (Mubarak, 2007).

### 2.3.2 Domain Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkatan (Mubarak, 2007; Notoatmodjo, 2010), antara lain :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali termasuk (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan hanya tahu terhadap objek tersebut, tidak hanya dapat menyebutkan, tetapi juga harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui dan dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

##### 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Misalnya dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar, dan dapat membuat kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

##### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

#### 2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Mubarak (2007), antara lain:

##### 1) pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah dalam menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi, dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

2) pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

3) umur

Bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis. Pertumbuhan pada aspek fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu pertama, perubahan ukuran, kedua, perubahan proporsi, ketiga, hilangnya ciri-ciri lama, keempat, munculnya ciri-ciri baru.

Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4) minat

Minat merupakan suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5) pengalaman

Pengalaman merupakan suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik, seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

6) kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap seseorang.

7) informasi

Kemudahan dalam memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru.

## 2.4 Konsep Belajar Aktif Kelompok dengan Manual

### 2.4.1 Model-model Pembelajaran

Belajar aktif (*active learning*) merupakan salah satu model pembelajaran yang menggunakan prinsip konstruktivisme. Slavin (1994, dalam Baharuddin, 2010) menyatakan bahwa dalam proses belajar, siswa harus terlibat aktif dan menjadi pusat kegiatan belajar di kelas. Pendidik dapat memfasilitasi proses ini dengan mengajar menggunakan cara-cara yang membuat sebuah informasi menjadi bermakna dan relevan bagi siswa. Pendidik memberi kesempatan kepada siswa untuk menemukan atau mengaplikasikan ide-ide siswa sendiri, disamping mengajarkan siswa untuk menyadari akan strategi belajar siswa sendiri.

Prinsip-prinsip pembelajaran dengan pendekatan konstruktivisme telah melahirkan berbagai macam model-model pembelajaran, dan dari berbagai macam model pembelajaran tersebut terdapat pandangan yang sama, bahwa siswa adalah pelaku aktif dalam kegiatan belajar dengan tujuan membangun sendiri pengetahuan berdasarkan pengalaman-pengalaman yang dimilikinya. Beberapa

model pembelajaran yang didasarkan pada konstruktivisme adalah *discovery learning*, *reception learning*, *assisted learning*, *active learning*, *the accelerated learning*, *quantum learning*, dan *contextual teaching and learning* (Baharuddin, 2010).

1) *Discovery Learning*

Model pembelajaran ini menuntut siswa untuk belajar melalui aktif dengan konsep-konsep dan prinsip-prinsip, dan guru mendorong siswa untuk mempunyai pengalaman-pengalaman dan menghubungkannya untuk menemukan prinsip - prinsip bagi diri mereka sendiri.

2) *Reception Learning*

Ausabel (dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan sebuah alternatif model pembelajaran yang disebut *reception learning*. Penganut teori resepsi ini menyatakan bahwa guru mempunyai tugas untuk menyusun situasi pembelajaran, memilih materi yang sesuai untuk siswa, lalu mempresentasikan pelajaran yang dimulai dari umum ke khusus.

3) *Assisted Learning*

Vygotsky (dalam Baharuddin, 2010) menyatakan bahwa perkembangan kognitif terjadi melalui interaksi dan percakapan seorang anak dengan lingkungan disekitarnya, baik dengan teman sebaya, orang dewasa, atau orang lain dalam lingkungannya. Orang lain tersebut sebagai pembimbing atau guru yang memberikan informasi dan dukungan penting yang dibutuhkan anak untuk menumbuhkan intelektualitasnya.

#### 4) *Active Learning*

*Active learning* artinya pembelajaran aktif. Silberman (1996, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa belajar membutuhkan keterlibatan mental dan tindakan sekaligus. Pada saat kegiatan belajar itu aktif, siswa melakukan pekerjaan belajar. Siswa mempelajari gagasan-gagasan, memecahkan berbagai masalah dan menerapkan apa yang mereka pelajari. Belajar aktif merupakan langkah cepat, menyenangkan, dan menarik.

#### 5) *The Accelerated Learning*

*The accelerated learning* adalah pembelajaran yang dipercepat. Konsep dari pembelajaran ini adalah bahwa pembelajaran itu berlangsung secara cepat, menyenangkan, dan memuaskan (Baharuddin, 2010).

#### 6) *Quantum Learning*

Baharuddin (2010) menjelaskan bahwa konsep dasar dari model pembelajaran ini adalah belajar itu harus mengasyikkan dan berlangsung dalam suasana gembira, sehingga pintu masuk untuk informasi baru akan lebih luas. *Quantum learning* berusaha mengubah suasana belajar yang monoton dan membosankan ke dalam suasana belajar yang meriah dan gembira dengan memadukan potensi fisik, psikis, dan emosi siswa menjadi suatu kesatuan kekuatan yang saling berhubungan.

#### 7) *Contextual Teaching And Learning (CTL)*

Nurhadi (2004, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa pembelajaran kontekstual adalah konsep belajar yang membantu pendidik mengaitkan antara materi yang diajarkan dengan situasi dunia nyata siswa dan mendorong siswa

membuat hubungan antara pengetahuan yang dimilikinya dengan penerapan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Baharuddin (2010), dalam kelas kontekstual, tugas pendidik (guru) adalah membantu siswa mencapai tujuannya. Pendidik lebih banyak berurusan dengan strategi daripada memberikan informasi.

#### 2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Belajar

Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar dapat dikelompokkan menjadi faktor internal dan faktor eksternal.

##### 1) Faktor internal atau endogen

Faktor internal atau endogen dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor fisiologis dan faktor psikologis.

##### a. Faktor fisiologis

Faktor fisiologis terdiri dari: (1) kematangan fisik, fisik yang sudah siap untuk belajar akan mempermudah dan memperlancar proses belajar; (2) keadaan indra, indera penglihatan dan pendengaran yang sehat akan mempermudah dalam proses belajar; (3) keadaan kesehatan, yaitu kondisi badan yang tidak sehat termasuk cacat atau kelemahan, akan menjadi kendala dan menghambat proses belajar.

##### b. Faktor psikologis

Faktor psikologis disebabkan oleh enam hal, antara lain: (1) motivasi termasuk emosi yang stabil, terkendali dan tidak emosional akan mendukung proses belajar. Menurut Redman (dalam Potter & Perry,

2005), pembelajaran bergantung pada motivasi untuk belajar, kemampuan untuk belajar dan lingkungan pembelajaran; (2) emosi, bila memiliki sikap negatif terhadap materi pelajaran maupun fasilitator dalam menerima pelajaran dapat menghambat proses belajar; (3) minat, bahan pelajaran yang menarik minat akan mempermudah individu untuk mempelajari materi dengan baik; (4) bakat, seseorang yang memasuki jurusan yang tidak sesuai dengan bakatnya akan menimbulkan hambatan dalam proses belajarnya; (5) intelegensi, individu yang mempunyai intelegensi yang rendah, sulit untuk memperoleh hasil belajar yang baik (6) kreativitas serta usaha untuk memperbaiki kegagalan, individu akan merasa aman bila menghadapi sebuah pelajaran.

## 2) Faktor eksternal atau eksogen

Faktor eksternal atau eksogen terdiri dari faktor sosial dan nonsosial. Faktor sosial, yaitu faktor manusia lain yang berada di luar diri subjek yang sedang belajar. Faktor nonsosial terdiri dari alat bantu mengajar yang lengkap; model pembelajaran yang digunakan; faktor udara, cuaca, waktu, tempat, sarana dan prasarana dapat mempengaruhi proses belajar (Supartiningsih, 2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Penelitian yang dilakukan oleh Farkhana (2010), bahwa prestasi akademik siswa dipengaruhi oleh beberapa variabel. Variabel yang mempengaruhi diantaranya adalah metode mengajar guru, pemberian beasiswa, motivasi belajar, fasilitas sekolah, perhatian orang tua, suasana belajar, dan kondisi kesehatan siswa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor eksternal (guru, beasiswa, dan

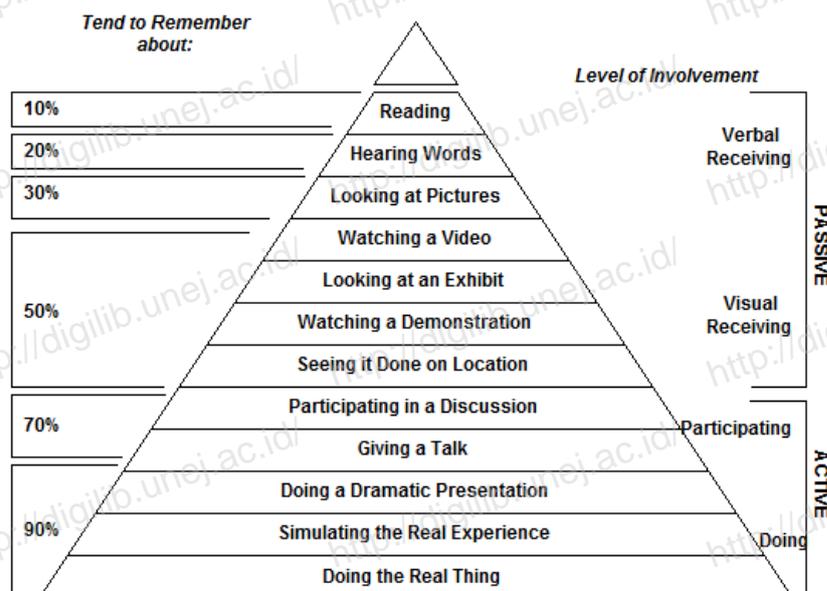
fasilitas) merupakan faktor paling berpengaruh dalam belajar daripada faktor internal (motivasi dan sehat). Pembelajaran yang efektif dan efisien dapat dilaksanakan dengan menyeimbangkan antara faktor internal dan faktor eksternal dengan baik.

#### 2.4.3 Definisi Belajar Aktif Kelompok dengan Manual

Belajar aktif kelompok didasarkan pada model pembelajaran aktif (*active learning*) dan pembentukan kelompok belajar. Kelompok belajar merupakan bagian penting dari kegiatan belajar aktif. Pembelajaran aktif adalah bentuk pembelajaran yang memungkinkan siswa berperan aktif dalam proses pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antar siswa maupun siswa dengan pengajar dalam proses pembelajaran tersebut (Samadhi, 2011).

Pembelajaran aktif memiliki tujuan untuk memberdayakan peserta didik agar berjalan dengan menggunakan berbagai cara/strategi secara aktif. Proses pembelajaran didominasi oleh peserta didik untuk menemukan konsep dan memecahkan masalah yang sedang dipelajari, disamping itu juga untuk menyiapkan mental dan melatih keterampilan fisiknya (Yasin dalam Khoiriyah, 2010). Cara memberdayakan peserta didik tidak hanya dengan menggunakan metode ceramah saja, sebagaimana yang selama ini digunakan oleh para pendidik dalam proses pembelajaran. Mendidik dengan ceramah berarti memberikan suatu informasi melalui pendengaran yang hanya bisa dicerna otak siswa sebesar 20%, padahal informasi siswa bisa saja dari membaca (10%), melihat (30%), melihat

dan mendengar (50%), mengatakan (70%), mengatakan dan melakukan (90%) (Moeliono, *et.al*, 2006).



Gambar 2.3 Efektifitas Model Pembelajaran (Samadhi, 2011)

Manual belajar aktif kesehatan reproduksi adalah program proses belajar aktif kesehatan reproduksi remaja melalui suatu buku panduan berupa manual yang diperuntukkan bagi fasilitator dalam memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi. Manual ini disusun oleh United Nations Population Fund (UNFPA), Badan Koordinasi Keluarga berencana Nasional (BKKBN), Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), dan Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat (PKPM) Atma Jaya (Moeilono, 2003).

#### 2.4.4 Syarat-syarat Belajar Aktif

Proses belajar-mengajar yang menerapkan model pembelajaran aktif harus dilaksanakan secara sistematis. Belajar aktif membutuhkan keterampilan dasar yang harus dipelajari dan dimiliki terlebih dahulu. Keterampilan dasar yang harus dimiliki menurut Moeliono, *et.al* (2006) sebagai berikut :

1) sikap yang terbuka

Fasilitator tidak hanya ingin didengarkan dan dihargai pendapatnya, tetapi juga mau menerima masukan, kritik, dan pendapat yang berbeda dari orang lain.

2) peka terhadap situasi

Fasilitator yang efektif bisa dengan cepat membaca situasi yang terjadi dalam kelompok sehingga dengan mudah dapat melakukan tindakan tertentu sesuai dengan situasi yang sedang terjadi.

3) fleksibel dan kreatif

Fasilitator dituntut untuk memiliki berbagai ide untuk membuat proses belajar berjalan lancar dan menarik sehingga para peserta merasa senang dengan proses yang dijalaninya.

4) komunikatif

Fasilitator mampu mengkomunikasikan dengan runtut dan sistematis berbagai informasi, menggunakan bahasa yang sederhana, suara, dan intonasi yang jelas.

## 5) mau mendengarkan

Keterampilan mendengarkan akan membantu fasilitator untuk merangkum pendapat yang disampaikan oleh para peserta. Mendengarkan secara tidak langsung akan membuat para peserta merasa diperhatikan dan dihargai.

## 6) bersikap positif dan tidak memihak

Sikap positif dan tidak memihak akan mendorong peserta untuk merasa bebas berekspresi, berani menyampaikan pendapat, dan merasa aman.

## 7) empati

Ketika fasilitator mampu merasakan apa yang dirasakan oleh peserta, hal ini akan membantu untuk menangkap sudut pandang orang lain tanpa kehilangan akal sehat.

## 8) sabar

Fasilitator harus menahan diri agar tidak terlalu jauh campur tangan terhadap dinamika yang dialami peserta sehingga yang terjadi adalah para peserta terlalu diarahkan dan tergantung pada fasilitator.

## 9) mencairkan suasana

Fasilitator dapat mencairkan suasana dengan permainan atau berbagai kegiatan yang melibatkan seluruh peserta.

## 10) merangkum pendapat dan menarik benang merah dari seluruh sesi

Fasilitator sebaiknya mamahami hubungan antar berbagai materi belajar yang diberikan serta membuat rangkuman tentang hal-hal yang terjadi selama proses belajar berlangsung.

- 11) mendorong semua peserta untuk aktif berpartisipasi mengikuti rangkaian proses belajar

Fasilitator harus berada di sekitar peserta sehingga dapat memberikan dorongan bagi peserta untuk tidak segan mengoptimalkan segala potensi yang dimiliki dan memunculkan kinerja yang baik.

#### 2.4.5 Ciri-ciri Pembelajaran Aktif

Pada waktu mengajar harus ada interaksi antara pendidik dengan siswa dalam rangka mencapai tujuan pengajaran, oleh karena itu pendidik harus menciptakan lingkungan belajar yang mendorong semua siswa aktif melakukan kegiatan belajar secara nyata. Sriyono (dalam Khoiriyah, 2010) menyebutkan beberapa ciri yang harus nampak dalam proses belajar aktif, antara lain:

- 1) situasi kelas menantang siswa melakukan kegiatan belajar secara bebas tetapi terkendali;
- 2) pendidik tidak mendominasi pembicaraan tetapi lebih banyak memberikan rangsangan berpikir kepada siswa untuk memecahkan masalah;
- 3) pendidik menyediakan dan mengusahakan sumber belajar bagi siswa, bisa sumber tertulis, sumber manusia, misalnya murid itu sendiri menjelaskan permasalahan kepada murid lainnya, berbagai media yang diperlukan, alat bantu pengajaran, termasuk guru sendiri sebagai sumber belajar;
- 4) kegiatan belajar siswa bervariasi, ada kegiatan yang sifatnya bersama-sama dilakukan oleh semua siswa, ada kegiatan belajar yang dilakukan secara kelompok dalam bentuk diskusi dan ada pula kegiatan belajar yang harus

dilakukan oleh masing-masing siswa secara mandiri. Penetapan kegiatan belajar tersebut diatur oleh pendidik secara sistematis dan terencana;

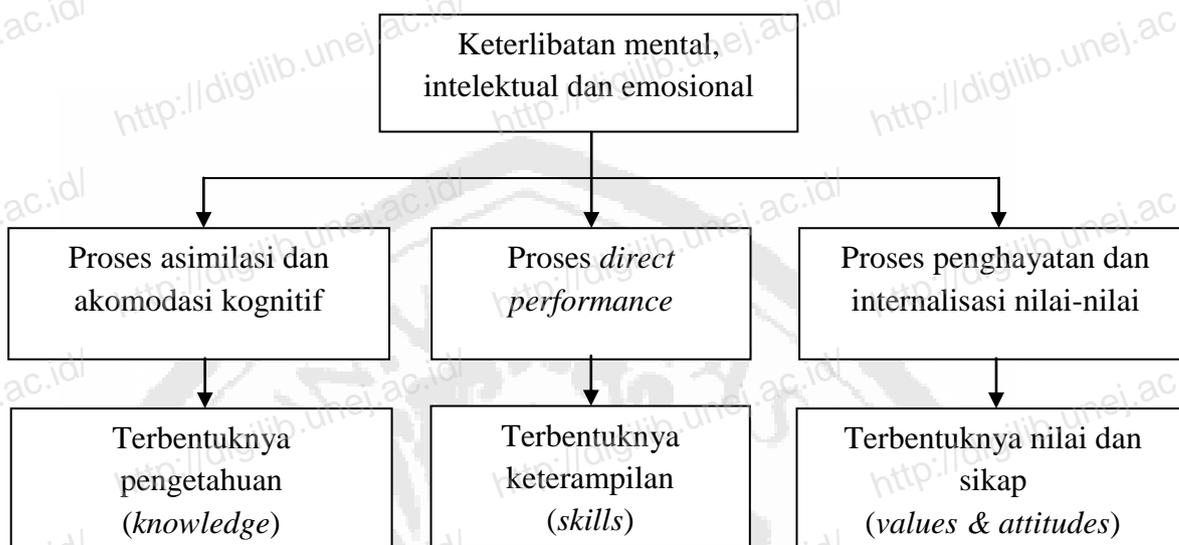
- 5) Hubungan pendidik dengan siswa sifatnya harus mencerminkan hubungan manusiawi bagaikan hubungan bapak anak, bukan hubungan pimpinan dengan bawahan. Pendidik menempatkan diri sebagai pembimbing semua siswa yang memerlukan bantuan ketika siswa menghadapi persoalan belajar;
- 6) Belajar tidak hanya dilihat dan diukur dari segi hasil yang dicapai siswa tapi juga dilihat dan diukur dari segi proses belajar yang dilakukan siswa;
- 7) Adanya keberanian siswa mengajukan pendapatnya melalui pertanyaan atau pernyataan gagasannya, baik yang diajukan kepada pendidik maupun kepada siswa lainnya dalam pemecahan masalah belajar;
- 8) Pendidik senantiasa menghargai pendapat siswa terlepas dari benar atau salah, dan tidak diperkenankan membunuh atau mengurangi/menekan pendapat siswa di depan siswa lainnya. Pendidik bahkan harus mendorong siswa agar selalu mengajukan pendapatnya secara bebas.

#### 2.4.6 Metode dalam Pembelajaran Aktif

Belajar aktif merupakan cara belajar yang dapat menumbuhkembangkan kreativitas dan tanggung jawab siswa dalam belajar. Kegiatan belajar ini, siswa dibimbing untuk menguasai materi pelajaran dan untuk memiliki keberanian dalam mengemukakan pendapat, pikiran, perasaan, keinginan dan dorongan, memiliki keberanian berpartisipasi dan mengemukakan pendapat secara bebas, mengembangkan kreativitas dan tanggung jawab, serta mengembangkan rasa

keingintahuan melalui pengkajian secara aktif di dalam kegiatan belajar mengajar (Sulthon, 2006).

Hakikat metode belajar aktif, dapat diperhatikan diagram di bawah ini.



Gambar 2.4 Hakikat Belajar Aktif yang diadaptasi dari Depdikbud, 1982 (dalam Sulthon, 2006)

Sulthon (2006) menyebutkan tiga hal yang harus diperhatikan dalam menciptakan keadaan pada awal kegiatan pembelajaran aktif, antara lain pembentukan tim, *on the spot assessment*, dan *immediate learning involvement*.

a. Pembentukan tim (kelompok)

Pembentukan tim berfungsi untuk membantu siswa mengenal satu sama lain dan menciptakan motivasi bekerjasama dan adanya saling ketergantungan. Pembentukan kelompok ini, pendidik dituntut untuk dapat memodifikasi kelompok dengan baik sesuai tujuan yang diharapkan. Jika tujuan utamanya untuk meningkatkan kemampuan, maka faktor perbedaan kemampuan siswa

harus diperhatikan, begitu pula jika tujuan masalah ras, warna kulit, dan sebagainya. Fasilitator hendaknya menciptakan kondisi untuk membuka ide-ide baru dan aktivitas baru. Pembentukan tim pendidik diharapkan dapat membantu siswa untuk saling kenal dan membantu memunculkan semangat tim dalam kelompok. Strategi ini juga dapat menciptakan lingkungan belajar yang aktif seperti, siswa secara fisik berpindah, serta siswa dapat bertukar pendapat dan perasaan dengan siswa lainnya (Sulthon, 2006).

b. *On the spot assessment*

Pada tahap ini siswa belajar tentang sikap, pengetahuan, dan pengalaman. Perlu dipilih model pembelajaran aktif yang sesuai dengan norma atau nilai-nilai yang dimiliki siswa. Misalnya, perbedaan gender, budaya daerah setempat, dan sebagainya (Sulthon, 2006).

c. *Immediate learning involvement*

Tahap ini pendidik dituntut untuk membuat minat awal pada mata pelajaran. Dapat dilakukan dengan membuat relevansi antara dunia “nyata anak” dengan mata pelajaran atau topik yang sedang dipelajari (Sulthon, 2006).

Pelaksanaan proses belajar aktif harus memperhatikan beberapa hal sebelum melakukan pembelajaran dalam kelas. Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh pendidik sebagai berikut:

1) teknis pemberian informasi

Informasi mengenai KRR ditujukan untuk remaja laki-laki dan perempuan. Alangkah baiknya bila kedua kelompok dapat berinteraksi selama kegiatan

berlangsung dan saling memahami perkembangan kelompok yang lain. Tetapi bila hal tersebut dianggap tidak sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku pada situasi atau kondisi tertentu, fasilitator dapat memisahkan kedua kelompok dalam kegiatan tertentu (Moeliono, *et.al*, 2006).

2) jumlah peserta

Jumlah peserta dalam tiap kelompok kecil idealnya yaitu 6-15 orang (Notoatmodjo, 2005). Proses belajar memiliki jumlah peserta maksimal 30 orang. Bila jumlah peserta lebih dari itu, sebaiknya dirancang sejumlah proses belajar yang terpisah agar jumlah peserta untuk setiap kali pertemuan tetap sekitar 30 orang. Jumlah peserta yang terlalu banyak akan menyulitkan interaksi antara fasilitator dengan peserta maupun antar peserta sendiri (Moeliono, *et.al*, 2006).

Proses pembelajaran dilanjutkan dengan evaluasi atau penilaian hasil belajar. Evaluasi hasil belajar yang dilakukan dalam proses pembelajaran yang memiliki beberapa tujuan sebagai berikut :

- a. mengetahui seberapa jauh hasil yang telah dicapai dalam proses pendidikan/pembelajaran yang telah dilaksanakan, apakah hasil yang dicapai telah sesuai dengan yang diharapkan atau belum;
- b. mengetahui apakah materi yang diajarkan dapat dilanjutkan dengan bahan yang baru atau harus diulang kembali;
- c. mengetahui taraf efisiensi metode yang dipergunakan dalam proses pembelajaran (Sulthon, 2006).

## 2.5 Peran Perawat Dalam Pendidikan Kesehatan

Remaja adalah masa transisi usia ketika seseorang belum dewasa tetapi juga sudah tidak anak-anak. Perilaku remaja sangat rentan terhadap pengaruh lingkungan. Disatu pihak remaja mempunyai keinginan kuat untuk mengadakan interaksi sosial dalam upaya mendapatkan kepercayaan dari lingkungan, dilain pihak remaja juga harus mulai memikirkan kehidupan secara mandiri, terlepas dari pengawasan orang tua dan sekolah. Salah satu bagian perkembangan remaja yang tersulit adalah penyesuaian terhadap lingkungan sosial. Remaja harus menyesuaikan diri dengan lawan jenis dalam hubungan interpersonal yang awalnya belum pernah ada, juga harus menyesuaikan diri dengan orang dewasa diluar lingkungan keluarga dan sekolah. Remaja harus melakukan penyesuaian baru untuk mencapai tujuan pola sosialisasi. Remaja juga harus mempertimbangkan pengaruh kelompok sebaya, perubahan dalam perilaku sosial, membentuk kelompok sosial baru dan nilai-nilai baru dalam memilih teman.

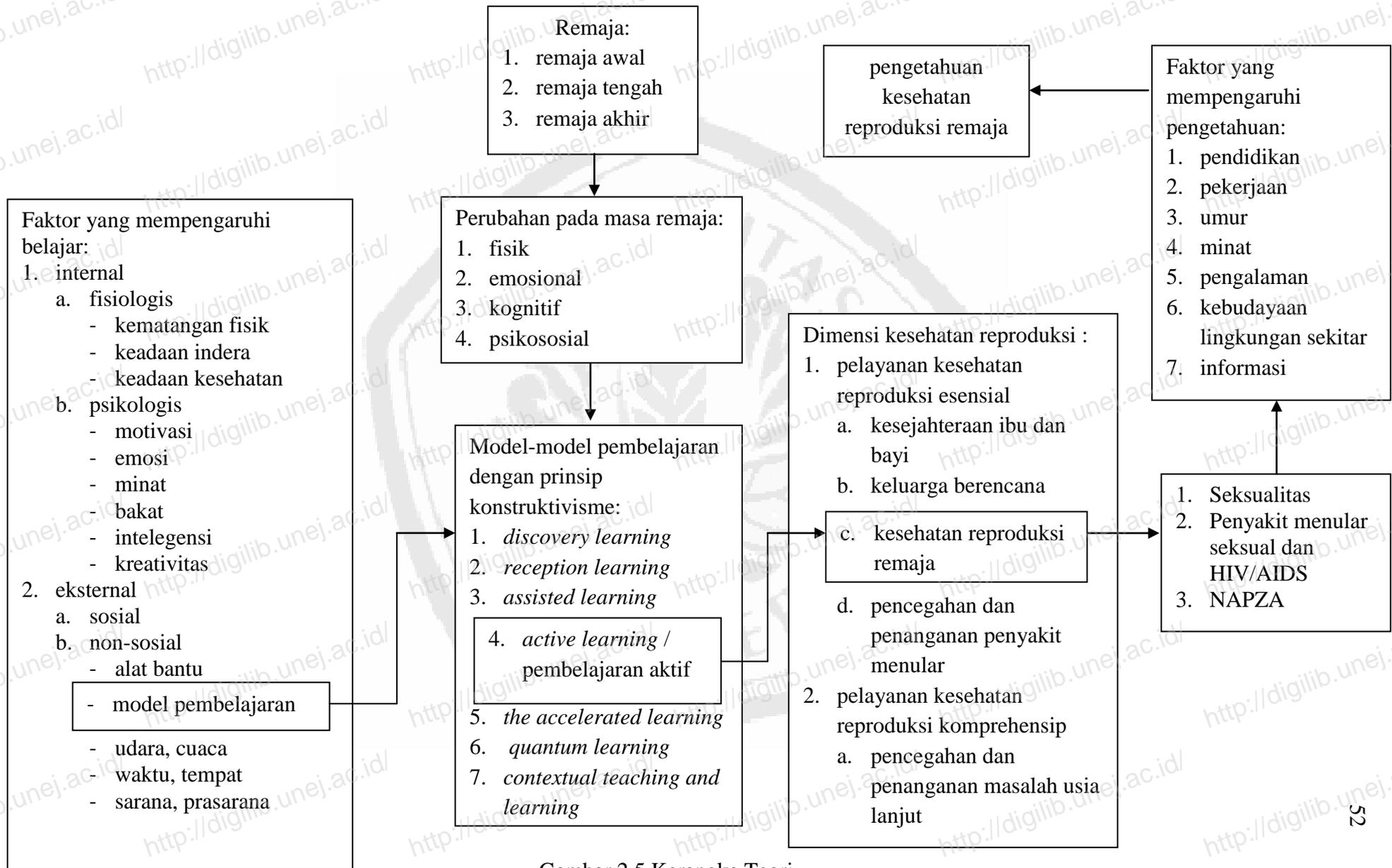
Perawat sebagai salah satu petugas kesehatan yang bekerja di bawah naungan Dinas Kesehatan mempunyai peran penting dalam komunitas. Perawat menjalankan peran sebagai pendidik yang mampu memberikan pendidikan kesehatan bagi kaum remaja dalam meningkatkan pengetahuannya terhadap kesehatan reproduksi mereka. Perawat juga berperan sebagai konsultan bagi remaja yang mencari informasi kesehatan, ketika mereka mulai merasakan adanya permasalahan yang mereka hadapi dan membutuhkan bantuan pemecahan masalah. Potter & Perry (2005) menjelaskan, bahwa program kesehatan komunitas dan sekolah bagi remaja berfokus pada upaya promosi kesehatan dan

pencegahan penyakit. Perawat terlibat dalam kesehatan komunitas melalui program pengajaran atau pendidikan kesehatan, konsultasi kesehatan, skrining penyakit dan kecelakaan.

Peran perawat salah satunya adalah sebagai pendidik. Pendidikan kesehatan dengan sasaran remaja akan lebih mudah dilakukan dengan pendekatan kelompok. Pendekatan kelompok merupakan salah satu intervensi yang diberikan oleh pendidik, karena kelompok teman sebaya mulai memainkan peran yang dominan, menggantikan peran orang tua. Anak semakin mengidentifikasi diri dengan anak-anak seusianya dan mengadopsi bentuk-bentuk tingkah laku kelompok teman sebaya dari jenis kelamin yang sama. Pendidikan kesehatan dengan pendekatan kelompok akan mempermudah remaja dalam mengadopsi tingkah laku yang positif dari teman sebayanya.

## **2.6 Kerangka Teori**

Setelah dijelaskan berbagai pendekatan teori, pada akhir bab ini dijelaskan teori-teori mana saja yang akan dipakai dalam penelitian. Penjelasan tersebut digambarkan dalam bentuk kerangka teori seperti pada gambar 2.5 berikut.

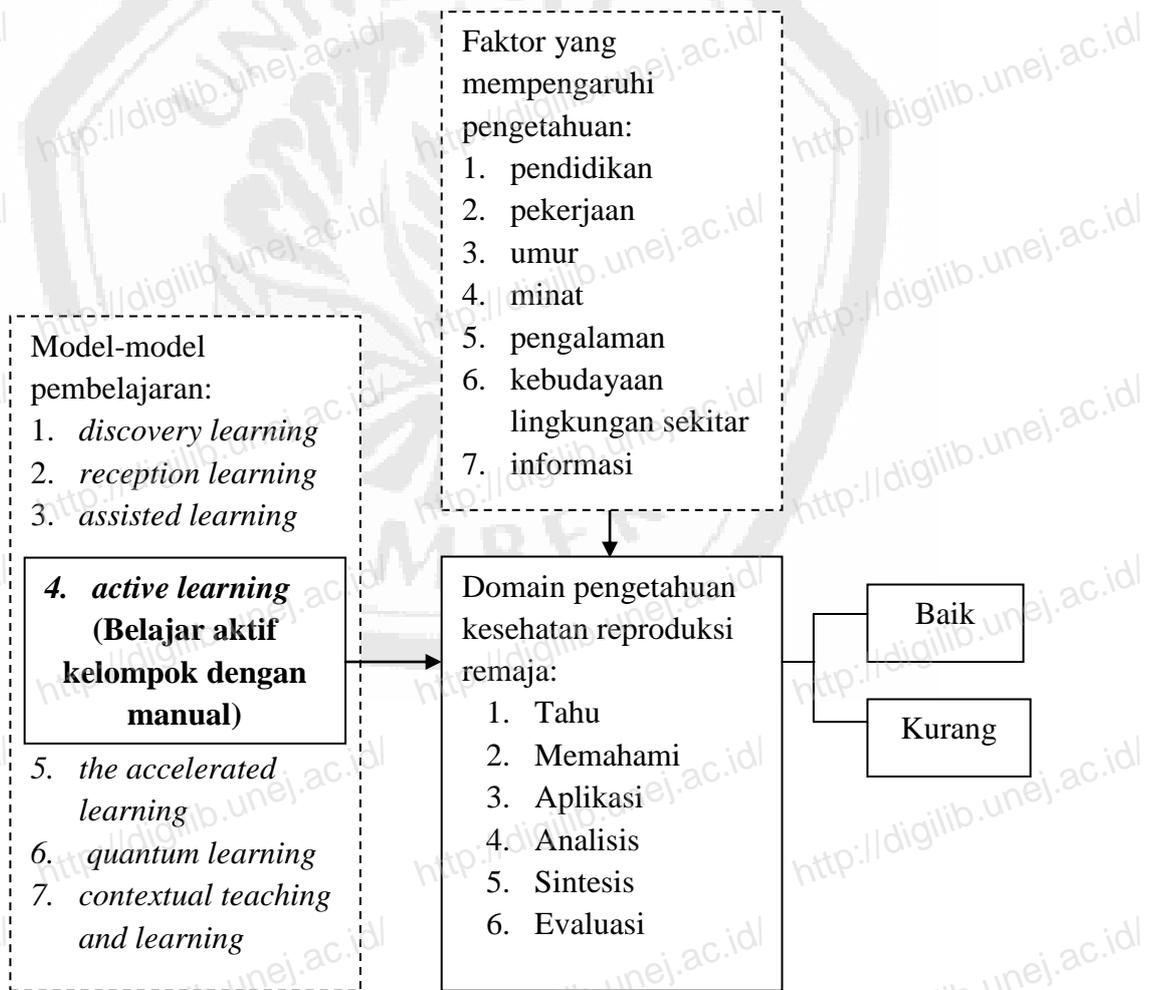


Gambar 2.5 Kerangka Teori

### BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

Bab ini menguraikan kerangka konseptual dari penelitian dan menjelaskan lebih singkat variabel-variabel apa saja yang akan diteliti. Selain itu, pada bab ini juga diuraikan hipotesis penelitian.

#### 3.1 Kerangka Konsep



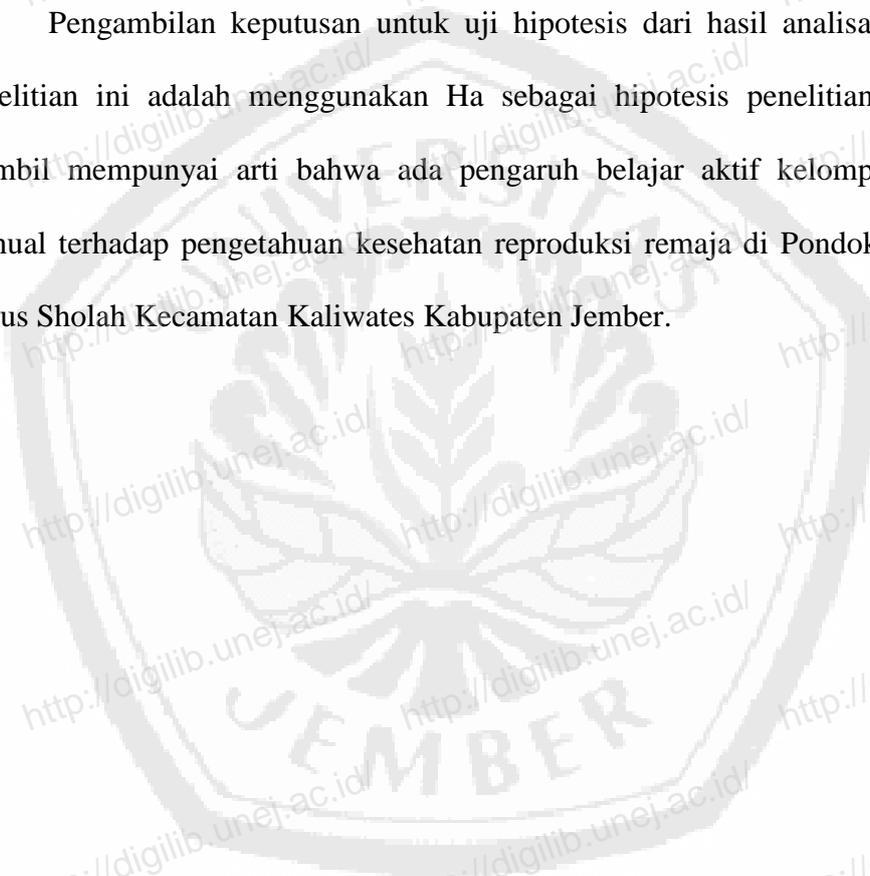
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

**Keterangan :**

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | = diteliti       |
| <input type="checkbox"/> | = tidak diteliti |

**3.2 Hipotesis Penelitian**

Pengambilan keputusan untuk uji hipotesis dari hasil analisa data pada penelitian ini adalah menggunakan  $H_a$  sebagai hipotesis penelitian.  $H_a$  yang diambil mempunyai arti bahwa ada pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.



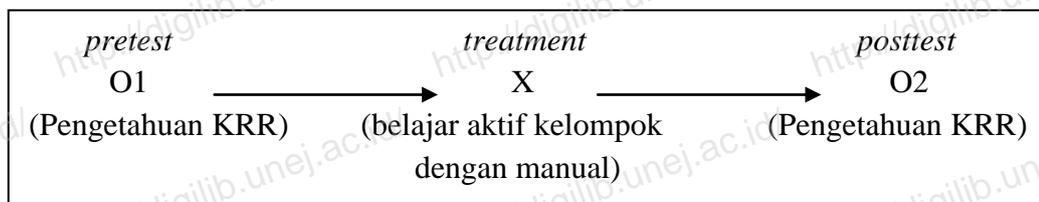
## BAB 4. METODE PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan tentang desain penelitian sampai etika penelitian dari penelitian pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### 4.1 Desain Penelitian

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *Pre Eksperimental* dengan rancangan penelitian *One Group Pretest-Posttest*. Rancangan *One Group Pretest-Posttest* merupakan rancangan penelitian yang tidak menggunakan kelompok kontrol (pembanding), tetapi sudah melakukan pengukuran pertama (*Pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (Setiadi, 2007).

Perlakuan yang diberikan berupa belajar aktif kelompok dengan manual dan pengukuran (O1 dan O2) adalah pengetahuan kesehatan reproduksi remaja (KRR) pada santri di Pondok Pesantren Darus Sholah. Rancangan penelitian ini dapat digambarkan dalam bagan berikut:



Gambar 4.1 Rancangan penelitian *Pre eksperimental pre-test and post-test group design*

Keterangan :

01 : pretes pengetahuan kesehatan reproduksi

X : intervensi belajar aktif kelompok dengan manual

02 : postes pengetahuan kesehatan reproduksi

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa/siswi Madrasah Aliyah yang berada pada Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember berjumlah 138 siswa.

### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian yang diambil dari keseluruhan populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2007). Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus proporsi sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{138 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2 \cdot (138 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{132,5}{2,33}$$

$$n = 56,87$$

$$n = 57$$

Keterangan :

$n$  = perkiraan jumlah sampel

$N$  = jumlah populasi

$Z$  = nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,05$  (1,96)

$p$  = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

$q$  =  $1-p$

$d$  = derajat presisi yang diinginkan yaitu  $10\% = 0,1$

Peneliti menambahkan sampel sebesar 5% dari sampel wajib untuk mengantisipasi terjadinya *drop out* responden dengan menggunakan rumus (Sastroasmoro & Ismail, 2010) :

$$n^* = n / (1-f)$$

$$n^* = 57 / (1-0,05)$$

$$n^* = 60$$

Keterangan :  $n^*$  = besar sampel setelah dikoreksi

$f$  = perkiraan proporsi *drop out*

Jadi, besar sampel yang telah ditambah 5% adalah 60 responden yang akan melakukan belajar kelompok mengenai kesehatan reproduksi remaja.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan metode pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *stratified random sampling*. *Stratified random sampling* yaitu teknik yang digunakan pada populasi yang mempunyai unsur yang berstrata (Sugiyono, 2008).

Proses pengambilan sampel pada penelitian ini dilaksanakan sebagai berikut:

Tahap I = menghitung sampel yang akan diberikan perlakuan dari total populasi.

Sampel yang dibutuhkan sebanyak 60 siswa

Tahap II = menghitung proporsi jumlah sampel yang akan diambil dari setiap kelas

Tahap III = sampel pada tiap strata diambil secara acak sederhana atau sistematis.

Proporsi pengambilan sampel menggunakan rumus :

$$n_1 = \frac{N_1}{N} \times n$$

Keterangan :  $n_1$  = Jumlah sampel pada setiap kelas

$N_1$  = Jumlah siswa di setiap kelas

$N$  = Jumlah populasi di MA Darus Sholah

$n$  = Jumlah sampel

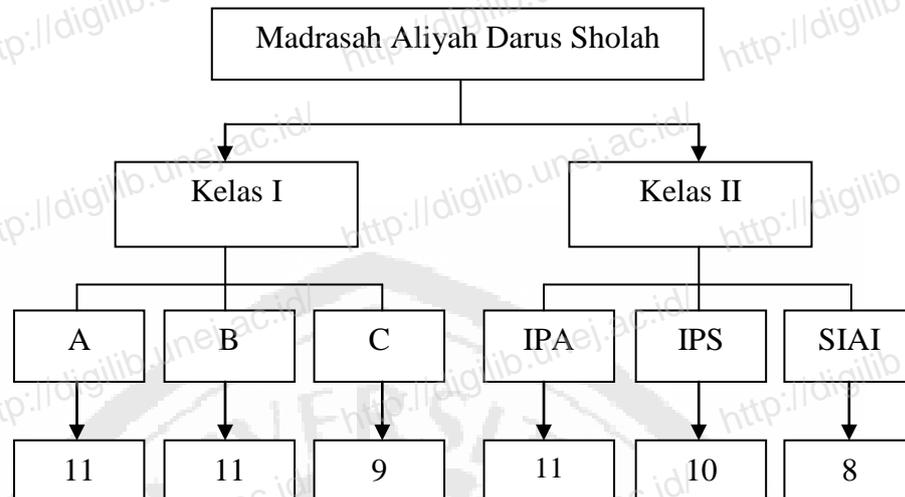
Besar sampel yang dibutuhkan sebanyak 60 siswa, maka sampel pada setiap kelas didapatkan hasil pada tabel 4.1 di bawah ini:

Tabel 4.1 Jumlah sampel pada setiap kelas

| Kelas        | Jumlah siswa | Sampel setiap kelas | Jumlah sampel |
|--------------|--------------|---------------------|---------------|
| I A          | 25           | 11                  | 31 siswa      |
| I B          | 25           | 11                  |               |
| I C          | 21           | 9                   |               |
| II IPA       | 25           | 11                  | 29 siswa      |
| II IPS       | 23           | 10                  |               |
| II SIAI      | 19           | 8                   |               |
| Jumlah siswa | 138          |                     | 60 siswa      |

Secara rinci cara pengambilan sampel dapat dilihat pada skema berikut :

Gambar 4.2 Skema pengambilan sampel



#### 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Kriteria subjek penelitian terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus ada pada setiap anggota populasi yang akan dijadikan sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1) remaja berusia 15-19 tahun;
- 2) tercatat sebagai santri Pondok Pesantren Darus Sholah Jember saat penelitian;
- 3) mengikuti belajar aktif kelompok tentang kesehatan reproduksi dari awal hingga akhir sesi.

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian adalah sebagai berikut :

- 1) remaja yang tidak bersedia menjadi responden;
- 2) remaja yang mengalami kelemahan dan kecacatan;
- 3) remaja yang sudah menikah.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Tempat penelitian dilaksanakan di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember karena pesantren ini memiliki jumlah santri terbanyak di Kecamatan Kaliwates dan belum pernah ada pendidikan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi remaja sebelumnya.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian dimulai pada bulan Maret dan hingga Oktober 2012. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian. Periode waktu tersebut digunakan peneliti untuk mencari fenomena/masalah seputar kesehatan reproduksi, melakukan studi pendahuluan dan perijinan di Pondok Pesantren Darus Sholah. Penelitian dilakukan pada bulan Juli sampai Agustus dan dilakukan selama enam kali pertemuan. Responden melakukan *pretest* pada pertemuan pertama, kemudian mengisi lembar *posttest* dan evaluasi pada pertemuan terakhir atau keenam. Pertemuan kedua hingga kelima diisi dengan intervensi belajar aktif kelompok dengan pokok bahasan

Triad KRR meliputi seksualitas, PMS termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA. Belajar aktif kelompok dalam satu kali pertemuan membutuhkan waktu 60-90 menit dan dilakukan pada saat kegiatan ekstrakurikuler (PMR dan Pramuka). Hasil penelitian selanjutnya dianalisis menggunakan komputer ke dalam program SPSS.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional terdiri dari dua variabel, antara lain variabel bebas dan variabel tergantung. Definisi operasional variabel bebas pada penelitian ini adalah belajar aktif kelompok dengan manual, sedangkan variabel terikat adalah pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Variabel Definisi Operasional

| Variabel  | Definisi  | Indikator  | Alat Ukur         | Skala | Hasil |
|---|---|--|-------------------|-------|-------|
| Variabel bebas:<br>Belajar aktif kelompok dengan manual | Bentuk pembelajaran yang memungkinkan siswa berperan aktif dalam proses pembelajaran baik dalam interaksi antar siswa maupun siswa dengan pengajar melalui kegiatan kelompok belajar menggunakan buku panduan yang berisi materi tentang kesehatan reproduksi remaja. | a. peserta terlibat aktif dalam kegiatan belajar<br>b. keberanian siswa mengungkapkan pendapat<br>c. saling menghargai pendapat siswa lain<br>d. menciptakan suasana senang dalam belajar<br>e. melibatkan kegiatan melakukan<br>f. mendorong peserta mencari informasi, data, dan jawaban atas pertanyaan | - Manual<br>- SOP | -     | -     |

|                   |   |   |                  |         |  |
|-------------------|---|---|------------------|---------|--|
| Variabel terikat: | Segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh remaja, meliputi seksualitas, PMS termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA | a. tahu<br>b. memahami<br>c. aplikasi<br>d. analisis<br>e. sintesis<br>f. evaluasi<br>(Notoatmodjo, 2010) | Lembar kuesioner | Ordinal | Terdiri dari 35 pertanyaan dengan ketentuan hasil ukur dikategorikan berdasarkan <i>cut of point</i> data menjadi 2 kategori yaitu:<br>Pengetahuan <i>pretest</i> :<br>a. pengetahuan baik $\geq 24,33$<br>b. pengetahuan kurang $< 24,33$<br>Pengetahuan <i>posttest</i> :<br>a. pengetahuan baik $\geq 30,65$<br>b. pengetahuan kurang $< 30,65$ |
|-------------------|---|---|------------------|---------|--|

#### 4.6 Pengumpulan Data

##### 4.6.1 Sumber data

##### 1) Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu atau perseorangan (Nasir, 2003, dalam Foraida, 2008). Dalam penelitian ini, metode yang digunakan untuk pengambilan data adalah metode angket. Angket merupakan daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden agar bersedia memberikan respon sesuai dengan keinginan peneliti. Angket yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket tertutup. Angket/kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik responden dan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang terdiri dari 35 pernyataan benar dan salah, kemudian responden diminta untuk memilih salah satu jawaban yang sesuai menggunakan

*checklist* (√). Pernyataan pada kuesioner meliputi seksualitas, PMS termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA.

## 2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data yang sudah diolah oleh pengumpul data menjadi bentuk tabel atau diagram. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari data kesiswaan MA Darus Sholah meliputi biodata siswa mulai dari kelas X, XI, dan XII serta jumlah siswa keseluruhan yang menempuh pendidikan di MA Darus Sholah. Kementerian Agama Kabupaten Jember didapatkan data mengenai jumlah santri terbanyak di Kecamatan Kaliwates terdapat di Pondok Pesantren Darus Sholah. Hasil wawancara yang dilakukan kepada Kepala Bagian Kesehatan Reproduksi oleh Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB didapatkan data mengenai jumlah kelompok PIK (Pusat Informasi dan Konseling) yang telah terbentuk baik di pendidikan sekolah maupun di pondok pesantren berjumlah 41 kelompok.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek dalam penelitian (Nursalam, 2008). Teknik dalam pengumpulan data sangat diperlukan oleh peneliti untuk mengetahui persebaran data dan cara mendapatkan suatu data dari subyek penelitian. Belajar aktif kelompok dengan manual yang menjadi variabel independen penelitian yang dilakukan. Pengetahuan kesehatan reproduksi

merupakan variabel dependen, yang dinilai dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh siswa yang menjadi sampel penelitian.

Proses pengumpulan data diawali dengan melakukan perizinan kepada Pengasuh Pondok Pesantren Darus Sholah dan MA Darus Sholah dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Peneliti selanjutnya memilih responden yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti membagi 60 responden menjadi 6 kelompok dengan masing-masing beranggotakan 8-12 responden dan dilakukan secara acak pada setiap kelas berdasarkan rumus proporsi pada setiap kelas.

Penelitian dimulai pada tanggal 5 Juli sampai 2 Agustus 2012 yang diawali dengan pengisian lembar *Informed Consent*. Tahapan penelitian yang dilakukan terdiri dari 6 pertemuan dengan 4 sesi pembelajaran dan 2 sesi pengisian kuesioner pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Peneliti yang juga berperan sebagai fasilitator berusaha mengaktifkan siswa selama kegiatan pembelajaran di kelas dengan tujuan agar siswa mampu menemukan pengetahuan baru berdasarkan pengetahuan dan pengalaman yang telah dimiliki sebelumnya.

Jumlah sampel yang telah ditentukan oleh peneliti berdasarkan rumus proporsi didapatkan sebanyak 60 responden, dengan pembagian kelompok 1 sebanyak 11 siswa, kelompok 2 sebanyak 11 siswa, kelompok 3 sebanyak 9 siswa, kelompok 4 sebanyak 11 siswa, kelompok 5 sebanyak 10 siswa, dan kelompok 6 sebanyak 8 siswa. Setelah kegiatan penelitian berlangsung, didapatkan jumlah sampel akhir dari penelitian menjadi 55 responden, dikarenakan 5 responden tersebut tidak sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu tidak

mengikuti kegiatan belajar dari awal hingga akhir sesi. Peneliti membuat kontrak pertemuan yang telah disepakati untuk melaksanakan *pretest*, intervensi, dan *posttest* dengan memasukkan kegiatan belajar aktif dalam ekstrakurikuler pramuka dan PMR.

a. *Pretest*

- 1) Kegiatan *pretest* dilakukan tanggal 5 Juli 2012 untuk kelas I dan 6 Juli 2012 untuk kelas II. Peneliti membagikan lembar kuesioner sebagai *pretest* yang diberikan kepada responden. Pelaksanaan *pretest* dibantu oleh fasilitator dalam pembagian lembar kuesioner yang berisi pengetahuan tentang seksualitas, penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, dan NAPZA. Peneliti membimbing remaja dalam memberikan tanda centang (√) pada kolom pernyataan yang sesuai dengan pengetahuan remaja. Pernyataan mengenai pengetahuan terhadap kesehatan reproduksi diberikan 2 macam pilihan, yaitu benar dan salah. *Pretest* yang telah diselesaikan oleh responden, dikumpulkan kembali kepada fasilitator.
- 2) Kegiatan *pretest* dilanjutkan dengan melakukan kesepakatan belajar dengan tujuan tersusunya daftar aturan main bersama yang ditaati selama pembelajaran berlangsung. Fasilitator selanjutnya membagikan LKS yang berisi tugas, materi tentang KRR, dan catatan harian remaja yang wajib diisi siswa setiap hari yang berisi masalah yang dialami, cara siswa mengatasi, dan hasilnya terkait dengan kesehatan reproduksi dan dibahas pada pertemuan selanjutnya sebelum pembelajaran dimulai.

b. Intervensi

1) Intervensi terdiri dari 4 sesi, yaitu sesi 1 seksualitas meliputi pubertas pada remaja, sesi 2 seksualitas meliputi pengenalan organ reproduksi dan fungsinya, serta cara merawat organ reproduksi, sesi 3 meliputi penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, dan sesi 4 NAPZA. Setiap sesi dialokasikan selama 60 sampai 90 menit.

2) Kegiatan intervensi:

a) Belajar aktif kelompok sesi 1 mengenai seksualitas meliputi pubertas pada remaja dilakukan pada hari Sabtu, 7 Juli 2012. Kegiatan dilaksanakan setelah ekstrakurikuler pramuka. Pada sesi ini bertujuan untuk mengetahui arti dan pentingnya kesehatan reproduksi remaja dan memahami perubahan selama pubertas dan siap menghadapi perubahan tersebut. Siswa diberi tugas untuk menuliskan berbagai macam perubahan yang terjadi dari masa kanak-kanak menuju remaja pada kertas kecil, kemudian perubahan tersebut ditempelkan pada kolom perubahan fisik dan nonfisik. Kelompok selanjutnya mempresentasikan hasil kerjanya secara bergiliran.

b) Belajar aktif kelompok sesi 2 mengenai seksualitas meliputi pengenalan organ reproduksi dan fungsinya dilakukan pada tanggal 10 Juli 2012 pada kelas I dan tanggal 13 Juli 2012 pada kelas II. Kegiatan yang dilakukan pada sesi ini yaitu menyusun puzzle organ reproduksi laki-laki dan perempuan, selanjutnya menyusun nama-nama organ reproduksi dengan fungsinya pada kartu cocok. Kelompok diberikan

kesempatan untuk mempresentasikan hasil kerjanya kepada kelompok yang lain dan fasilitator menyimpulkan hasil pembelajaran menggunakan bahan ajar.

c) Belajar aktif kelompok sesi 3 mengenai penyakit menular seksual dan HIV/AIDS dilakukan pada tanggal 18 Juli 2012 pada kelas I dan 20 Juli 2012 pada kelas II . Pada sesi ini bertujuan untuk memahami PMS, HIV dan AIDS, serta cara penularan dan pencegahan PMS. Kegiatan yang dilakukan pada sesi ini yaitu simulasi proses penularan penyakit menular seksual. Fasilitator menanyakan perasaan siswa setelah melakukan simulasi proses penularan penyakit pada akhir kegiatan dan menyimpulkan hasil pembelajaran pada pertemuan hari ini.

d) Belajar aktif kelompok sesi 4 mengenai NAPZA dilakukan tanggal 25 Juli 2012 pada kelas I dan 27 Juli 2012 pada kelas II. Sesi ini bertujuan untuk memahami berbagai efek negatif penyalahgunaan NAPZA. Fasilitator memberikan pertanyaan untuk dilakukan diskusi kelompok dan menuliskan jawaban pada lembar *flipchart*. Kegiatan diakhiri dengan mempresentasikan hasil diskusinya di depan kelompok lain.

c. *Posttest*

1) Kegiatan *posttest* dilakukan tanggal 1 Agustus 2012 pada kelas I dan 2 Agustus 2012 pada kelas II. Peneliti membagikan lembar kuesioner yang sama pada saat *pretest*. *Posttest* yang telah diselesaikan oleh responden, dikumpulkan kembali kepada fasilitator dengan alokasi waktu 20 menit.

- 2) Kegiatan belajar aktif kelompok diakhiri dengan mengisi lembar evaluasi mengenai proses pembelajaran. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui hal-hal yang harus diperbaiki atau ditingkatkan untuk proses belajar aktif dengan alokasi waktu pengisian selama 10 menit.

#### 4.6.3 Instrumen Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data. Kuesioner merupakan alat untuk mengumpulkan data yang berisi daftar pertanyaan yang akan diisi oleh responden secara mandiri (Nazir, 2009). Instrumen yang digunakan juga mengadaptasi kuesioner dari Moeliono (2006) dan Fitriyanti (2008) mengenai pengetahuan kesehatan reproduksi.

Kuesioner dalam penelitian ini berisi 35 pernyataan benar dan salah. Kuesioner dibuat dari variabel tergantung yaitu pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja yang terdiri dari pertanyaan *favourable* dan *unfavourable* meliputi seksualitas, PMS dan AIDS, serta NAPZA.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

| Materi   | Pertanyaan                    |                     | Pilihan jawaban |
|--|-------------------------------|---------------------|-----------------|
|  | <i>Favourable</i>             | <i>Unfavourable</i> |                 |
| Pengetahuan                                    |                               |                     | Benar dan salah |
| a. Seksualitas                                 | 1,2,3,4,6,7,8,9,<br>11,35     | 5,10,12,13,         |                 |
| b. Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS | 14,17,18,20,22,<br>24, 32, 34 | 15,16,19,<br>21,23  |                 |
| c. NAPZA                                       | 27,28,29,30,<br>31,33         | 25,26               |                 |

Pengkategorian pengetahuan berdasarkan *cut of point* data dengan membandingkan nilai *mean* karena berdistribusi normal. Berikut ini nilai *cut of point* data yang didapatkan dalam penelitian ini:

- a. pengetahuan *pretest* = 24,33
- b. pengetahuan *posttest* = 30,65

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

##### a. Uji validitas

Uji validitas menyatakan apa yang seharusnya diukur dan instrumen dikatakan valid jika instrumen itu mampu mengukur apa-apa yang harus diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Setiadi, 2007). Uji validitas menggunakan teknik *pearson product moment* ( $r$ ), dengan pengambilan keputusan jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka suatu instrumen dikatakan valid dengan taraf signifikansinya sebesar 5 %.

Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada 30 santri Pondok Pesantren Al Qodiri Jember yang berusia 15-19 tahun. Pondok pesantren tersebut mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan Pondok Pesantren Darus Sholah Jember. Keduanya menggunakan ajaran Islam modern dan terdapat sekolah Islam pada yayasan pondok pesantren tersebut. Hasil uji validitas adalah dari 40 pertanyaan yang diujikan terdapat 5 pertanyaan yang tidak valid. Penarikan kesimpulan tersebut didasarkan pada hasil membandingkan antara nilai  $r$  hitung dan  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel untuk 30 responden dengan taraf signifikansi 5% adalah 0,361. Item pertanyaan yang mempunyai nilai  $r$  hitung yang lebih rendah dari  $r$  tabel ada 5

pertanyaan, sehingga 5 pertanyaan tersebut dihapus dan telah diwakili oleh pertanyaan sebelum maupun sesudahnya.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan kesamaan hasil pengukuran apabila pengukuran tersebut dilaksanakan oleh orang yang berbeda dan dalam waktu yang berbeda (Setiadi, 2007). Item instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan rumus *alfa croanbach* yaitu membandingkan nilai  $r$  hasil ( $Alpha$ ) dengan nilai  $r$  tabel. Ketentuan reliabel apabila  $r$   $Alpha$  lebih besar dari  $r$  tabel. Hasil perhitungan pada uji reliabilitas didapatkan nilai 0,957. Nilai tersebut lebih besar dari  $r$  tabel yaitu 0,6 sehingga semua item yang diujikan reliabel.

#### 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data adalah suatu proses untuk memperoleh data atau ringkasan data berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga mendapatkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Adapun tahapan pengolahan data adalah sebagai berikut:

##### 4.7.1 *Editing*

Editing merupakan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden (Setiadi, 2007). Fasilitator memeriksa kembali semua data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner dengan mengecek satu persatu apakah semua kuesioner telah diisi sesuai dengan petunjuk. Fasilitator mengembalikan kuesioner yang tidak sesuai dengan petunjuk misalnya terdapat pernyataan yang belum

terjawab oleh responden untuk diisi kembali sampai semua pertanyaan telah dijawab oleh responden.

#### 4.7.2 Coding

Coding atau pengkodean adalah mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi bentuk angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memberikan tanda atau kode tertentu pada setiap jawaban responden dalam kuesioner yang bertujuan untuk memudahkan peneliti saat menganalisis data.

Pemberian *coding* pada penelitian ini meliputi :

- 1) jenis kelamin laki-laki = 1  
jenis kelamin perempuan = 2
- 2) kelas X = 1  
kelas XI = 2
- 3) Sumber informasi:
  - a. Tidak pernah mendapatkan informasi = 0
  - b. Orang tua = 1
  - c. Teman = 2
  - d. Saudara = 3
  - e. Guru = 4
  - f. Media cetak = 5
  - g. Media elektronik = 6
  - h. Lain-lain = 7

- 4) pengetahuan baik = kode 1 (jika jumlah skor > *mean*)  
pengetahuan kurang = kode 0 (jika jumlah skor < *mean*)

#### 4.7.3 *Entry*

*Entry* merupakan kegiatan memasukkan jawaban-jawaban dari kuesioner masing-masing responden ke dalam program komputer (Notoatmodjo, 2010).

Peneliti memasukkan data-data yang terdapat dalam lembar kuesioner yang berisi kode responden, umur, kelas, sumber informasi dan jawaban dari kuesioner pengetahuan kesehatan reproduksi remaja ke dalam SPSS. Peneliti mengecek kembali satu persatu apakah hasil *entry* sesuai dengan kuesioner responden.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* merupakan pemeriksaan kembali data-data yang dimasukkan dalam program komputer untuk melihat adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, kemudian dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2010). Data diperiksa kembali atau dikoreksi untuk melihat adanya kesalahan atau data yang tidak dibutuhkan untuk dihapus melalui program SPSS. Peneliti mengecek kembali apakah data telah benar atau tidak. Data yang sudah dimasukkan diperiksa kembali dengan jumlah sampel sebanyak (n) dari kemungkinan data yang belum di*entry*.

#### 4.7.5 Rencana Analisis Data

Analisis data yang tepat untuk mengetahui adanya pengaruh belajar aktif kelompok terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja adalah dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

##### 1) Analisis Univariat

Penelitian analisis univariat adalah analisa yang dilakukan dengan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2005). Cara analisis ini dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisa univariat ini terdiri dari umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi yang diperoleh.

##### 2) Analisis Bivariat

Uji hipotesis menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* yang digunakan untuk menguji signifikansi hipotesis komparatif dua sampel yang berkorelasi bila datanya berbentuk ordinal atau berjenjang (Sugiono, 2010). Uji ini dipilih karena data pengetahuan kesehatan reproduksi merupakan data ordinal sehingga uji yang sesuai dengan data ordinal dengan *pre-test* dan *post-test* adalah *wilcoxon signed rank test* dengan tingkat kesalahan adalah 0,05.

Pengambilan keputusan uji *Wilcoxon* diinterpretasikan sebagai berikut :

- a. jika *asympt sig* > nilai  $\alpha$ , maka  $H_0$  diterima artinya tidak terdapat pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja;

- b. jika  $asympt sig < \text{nilai } \alpha$ , maka  $H_0$  ditolak artinya terdapat pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Pengukuran kekuatan pengaruh pada penelitian ini, didasarkan pada tingkat kemaknaan yang ditentukan berdasarkan nilai  $P Value$  yang didapatkan. Menurut Supadi (dalam Latif, 2010) menyatakan bahwa pedoman untuk menentukan kemaknaan atas dasar harga  $P$  yaitu :

- a. Bila  $P < 0,001$ , maka hasilnya amat sangat bermakna;
- b. Bila  $0,001 \leq P < 0,01$ , maka hasilnya sangat bermakna;
- c. Bila  $0,01 \leq P < 0,05$ , maka hasilnya adalah bermakna;
- d. Bila  $P > 0,05$  maka hasilnya tidak bermakna secara statistik;
- e. Bila  $0,05 \leq P < 0,10$  maka adanya kecenderungan ke arah kemaknaan secara statistik yang dipertimbangkan berdasarkan diagram.

#### **4.8 Etika Penelitian**

Menurut Potter dan Perry (2005), masalah etik dalam penelitian sebagai berikut :

- 1) Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Subjek penelitian atau responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, manfaat dan kerugian menjadi responden dalam penelitian ini. Subjek penelitian atau responden diberi hak untuk bersedia atau tidak dalam penelitian ini dengan menjelaskan hak dan kewajiban responden serta peneliti. Peneliti kemudian memberikan lembar

*informed consent* untuk ditandatangani kepada calon responden yang bersedia dalam penelitian ini.

## 2) Kerahasiaan

Peneliti menjamin bahwa informasi yang diberikan responden tidak ada yang mengakses selain tim peneliti, dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset sesuai dengan yang dibutuhkan dalam penelitian. Informasi yang diperoleh pada penelitian mengenai belajar aktif kelompok dengan manual hanya diketahui oleh peneliti dan penguji saja.

## 3) Keanoniman

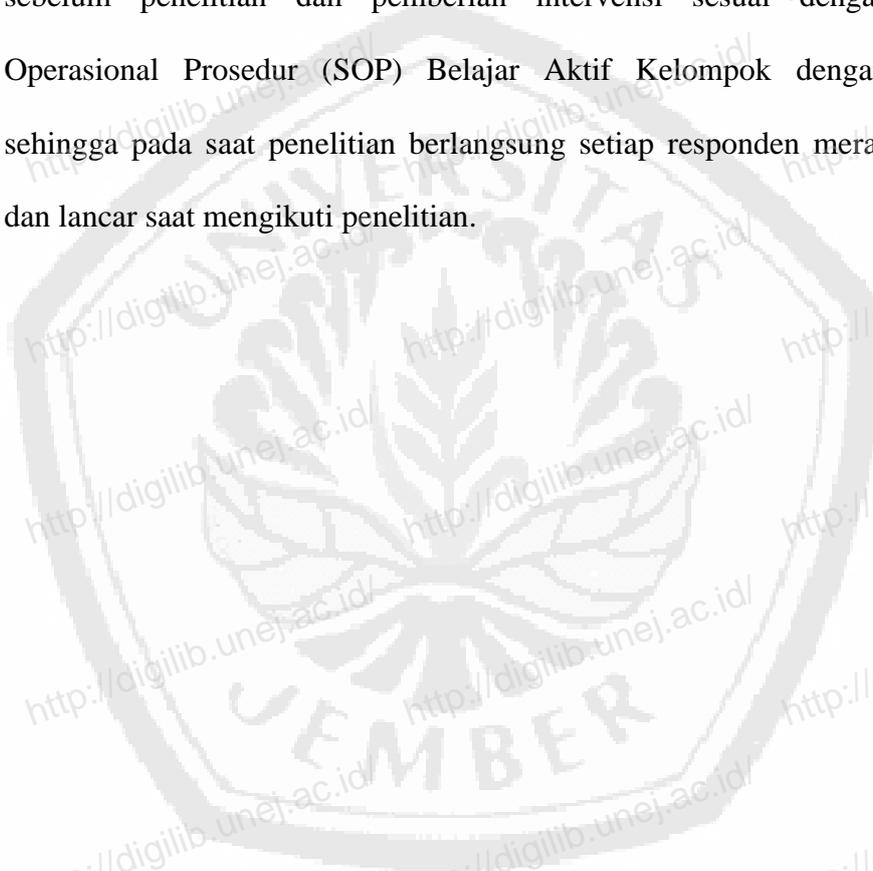
Suatu bentuk jaminan dengan tidak mencantumkan identitas responden. Penelitian mengenai belajar aktif kelompok dengan manual tidak mencantumkan nama asli responden pada lembar alat ukur. Peneliti hanya memberi kode pada lembar alat ukur atau hasil penelitian atau inisial dari nama responden.

## 4) Keadilan

Peneliti memberikan perlakuan penelitian ataupun dalam berkomunikasi, yang sesuai terhadap responden penelitian dengan tidak mengistimewakan sebagian responden dengan sebagian responden yang lain. Keadilan dalam penelitian ini juga menekankan pada kebijakan penelitian dengan memberikan manfaat kepada siswa-siswi dan juga kepada peneliti.

#### 5) Kemanfaatan

Peneliti harus secara jelas mengetahui manfaat dan resiko dari penelitian ini. Manfaat harus lebih besar daripada resiko yang diterima saat dilakukan penelitian. Kegiatan yang berlangsung pada penelitian ini telah mengikuti prosedur yang ada yaitu dengan memberikan pemahaman tentang prosedur sebelum penelitian dan pemberian intervensi sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Belajar Aktif Kelompok dengan Manual, sehingga pada saat penelitian berlangsung setiap responden merasa nyaman dan lancar saat mengikuti penelitian.



## **BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan tentang pelaksanaan penelitian mencakup hasil dan pembahasannya tentang pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### **5.1 Hasil Penelitian**

Hasil data yang ditampilkan dapat dibagi menjadi dua kelompok analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi yang diperoleh responden. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan setelah proses belajar aktif kelompok dengan manual.

#### **5.1.1 Hasil Analisis Univariat**

Analisis univariat menguraikan karakteristik responden penelitian di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember meliputi umur, jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Juli hingga Agustus 2012. Pengambilan data dilakukan pada sampel yang terpilih, dari enam kelas dan terpilih setiap kelasnya delapan sampai dua belas responden. Responden yang memenuhi kriteria penelitian

berjumlah 55 responden, 5 responden tidak memenuhi kriteria penelitian karena tidak mengikuti proses belajar aktif dari awal hingga akhir pertemuan, oleh karena itu masuk ke dalam kriteria eksklusi penelitian.

a. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1 berikut ini menggambarkan karakteristik responden yang ada di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember berdasarkan umur.

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut umur di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember pada bulan Juli-Agustus 2012

| Variabel | Mean  | Median | SD    | Minimum-Maksimum | 95% CI        |
|----------|-------|--------|-------|------------------|---------------|
| Umur     | 15,78 | 16,00  | 0,832 | 15 – 18          | 15,56 - 16,01 |

Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Umur responden pada penelitian ini rata-rata 15,78 tahun (95% CI: 15,56 – 16,01), dengan median umur 16 tahun dan standar deviasi 0,832. Umur termuda responden yaitu 15 tahun dan umur tertua 18 tahun.

b. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Kelas, dan Sumber Informasi

Tabel 5.2 berikut ini menggambarkan karakteristik responden yang ada di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember yaitu jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, kelas, dan sumber informasi di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember pada bulan Juli-Agustus 2012

| No.          | Karakteristik Responden         | Jumlah (orang) | Persentase |
|--------------|---------------------------------|----------------|------------|
| 1            | Laki-laki                       | 30             | 54,5 %     |
|              | Perempuan                       | 25             | 45,5 %     |
|              | <b>Total</b>                    | 55             | 100 %      |
| 2            | Kelas 1                         | 27             | 49,1 %     |
|              | Kelas 2                         | 28             | 50,9 %     |
|              | <b>Total</b>                    | 55             | 100 %      |
| 3            | Tidak pernah mendapat informasi | 31             | 56,4%      |
|              | Pernah mendapat informasi dari: |                |            |
|              | Orang tua                       | 3              | 5,5%       |
|              | Teman                           | 7              | 12,7%      |
|              | Guru                            | 10             | 18,2%      |
|              | Media Cetak                     | 2              | 3,6%       |
|              | Media Elektronik/TV             | 2              | 3,6%       |
|              | Lain-lain                       | -              | -          |
| <b>Total</b> | 55                              | 100%           |            |

Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 55 responden diperoleh bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yakni sebanyak 30 (54,5%) responden dan responden perempuan berjumlah 25 orang (45,5%). Tabel 5.2 menunjukkan bahwa 49,1% responden berada pada kelas satu sebanyak 27 orang dan responden kelas dua (50,1%) sebanyak 28 orang.

Sumber informasi yang didapat responden terkait kesehatan reproduksi sebanyak 56,4% responden tidak pernah mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dan sisanya sebanyak 43,6% mendapatkan informasi dengan rincian yang berasal dari guru yaitu sebanyak 18,2%, berasal dari teman sebanyak 12,7%, orang tua sebanyak 5,5%, media cetak dan elektronik sebanyak 3,6%.

- c. Distribusi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Sebelum Belajar Aktif Kelompok dengan Manual.

Gambaran pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dilakukan belajar aktif kelompok di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dilakukan belajar aktif kelompok di Pondok Pesantren Darus Sholah pada bulan Juli-Agustus 2012

| Pengetahuan  | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|--------------|----------------|----------------|
| Kurang       | 27             | 49,1           |
| Baik         | 28             | 50,9           |
| <b>Total</b> | <b>55</b>      | <b>100</b>     |

Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Tabel 5.3. menunjukkan bahwa pengetahuan responden sebelum melakukan belajar aktif kelompok adalah pengetahuan kurang sebanyak 27 orang (49,1%), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 28 orang (50,9%).

- d. Distribusi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Setelah Dilakukan Belajar Aktif Kelompok dengan Manual.

Gambaran pengetahuan kesehatan reproduksi remaja setelah dilakukan belajar aktif kelompok di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Distribusi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja setelah dilakukan belajar aktif kelompok di Pondok Pesantren Darus Sholah pada bulan Juli-Agustus 2012

| Pengetahuan  | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|--------------|----------------|----------------|
| Kurang       | 22             | 40             |
| Baik         | 33             | 60             |
| <b>Total</b> | <b>55</b>      | <b>100</b>     |

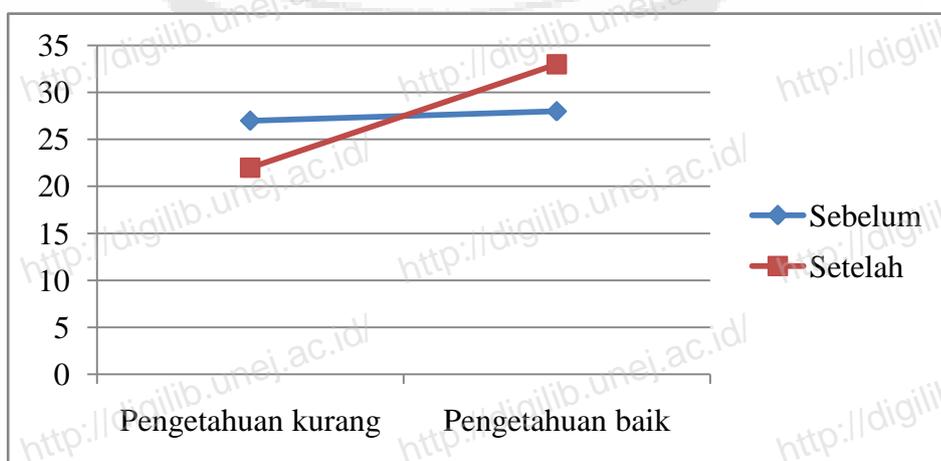
Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan responden setelah melakukan belajar aktif kelompok. Jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 22 orang (40%), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 33 orang (60%).

### 5.1.2 Hasil Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan responden sebelum dan setelah melakukan belajar aktif kelompok di Pondok Pesantren Darus Sholah. Perubahan pengetahuan sebelum dan setelah belajar aktif kelompok dapat dilihat pada gambar 5.1.

Gambar 5.1 Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual.



Sumber : Data Primer, Agustus 2012

Gambar 5.1 pada garis biru menunjukkan hasil *pretest*, sedangkan garis merah menunjukkan hasil *posttest*. Hasil pada grafik menunjukkan perubahan tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah belajar aktif kelompok. Responden yang memiliki pengetahuan kurang berkurang dari 27 responden (49,1%) saat *pretest* menjadi 22 responden (40%) saat *posttest*. Responden yang memiliki pengetahuan baik meningkat dari 28 responden (50,9%) pada saat *pretest* menjadi 33 responden (60%) saat *posttest*. Perubahan tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.5 di bawah ini.

Tabel 5.5 Perubahan pengetahuan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual di Pondok Pesantren Darus Sholah pada bulan Juli-Agustus 2012

| Tingkat pengetahuan | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|---------------------|----------------|----------------|
| Menurun             | 2              | 3,64           |
| Tetap               | 2              | 3,64           |
| Meningkat           | 51             | 92,72          |
| <b>Total</b>        | <b>55</b>      | <b>100%</b>    |

Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Berdasarkan tabel diatas, dari 55 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami peningkatan pengetahuan yaitu sebanyak 51 orang (92,72%), mempunyai pengetahuan tetap sebanyak 2 orang (3,64%), sedangkan yang mengalami penurunan yaitu sebanyak 2 orang (3,64%). Hasil analisis perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah belajar aktif kelompok dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.6 Perbedaan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual di Pondok Pesantren Darus Sholah pada bulan Juli-Agustus 2012

| Belajar Aktif<br>Kelompok<br>dengan Manual | Tingkat Pengetahuan |      |      |      | Total |     | P<br>Value | Z     |
|--|---------------------|------|------|------|-------|-----|------------|-------|
|  | Kurang              |      | Baik |      | n     | %   |            |       |
|  | n                   | %    | N    | %    | n     | %   |            |       |
| Sebelum                                    | 27                  | 49,1 | 28   | 50,9 | 55    | 100 | 0.000      | 6.295 |
| Setelah                                    | 22                  | 40   | 33   | 60   | 55    | 100 |            |       |

Sumber: Data Primer, Agustus 2012

Tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden mengalami perubahan antara sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual. Uji *Wilcoxon* yang telah dilakukan selain dapat mengetahui perbedaan persentase responden berdasarkan kategori pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok, juga dapat mengetahui apakah belajar aktif kelompok yang telah dilakukan bermakna untuk mengubah pengetahuan responden atau tidak.

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan bantuan program SPSS, hasil uji *Wilcoxon* diketahui nilai Z hitung = 6,295, sedangkan untuk tingkat kepercayaan 95% dan uji dua sisi, diperoleh nilai Z tabel = 1,96 sehingga nilai Z hitung > Z tabel dan nilai probabilitas (*asyp.Sig*) diperoleh  $0,000 < (\alpha) 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan pada tingkat pengetahuan responden sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok mengenai kesehatan reproduksi remaja, sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

## 5.2 Pembahasan

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember.

### 5.2.1 Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sebelum intervensi belajar aktif kelompok dengan manual

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 55 responden sebagian besar memiliki pengetahuan baik sebanyak 28 orang (50,9%) dan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 27 orang (49,1%). Pengetahuan yang dimiliki responden sebelum dilakukan belajar aktif kelompok berkaitan erat dengan karakteristik masing-masing yang mempengaruhi pengetahuan responden.

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya meliputi indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba (Notoatmodjo, 2010). Teori ini didukung pula oleh teori menurut Mubarak mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Mubarak (2007) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar, dan informasi.

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Mubarak, 2007). Rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah 16 tahun dan berada pada masa remaja akhir. Masa remaja bila dilihat dari perkembangan kognitifnya terjadi pada tahap operasi formal. Tahap operasi formal adalah tahap

pada saat remaja sudah mampu berfikir secara sistematis, yaitu mampu memikirkan semua keinginan untuk memecahkan suatu masalah (Santrock, 2007). Teori ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa remaja yang memiliki pengetahuan baik sebagian besar (67,9%) berada pada kelas II dengan rata-rata usia 16 tahun. Pengetahuan baik ini dibuktikan dengan cara remaja menyelesaikan masalah yang dihadapi terkait kesehatan reproduksi dan dapat dilihat dari buku catatan harian remaja.

Pekerjaan merupakan faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan. Pekerjaan berperan dalam mempengaruhi pengetahuan responden karena lingkungan pekerjaan dapat memberikan pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung (Mubarak, 2007). Penelitian ini tidak mengkaji pekerjaan responden karena penelitian dilakukan di pondok pesantren yang secara keseluruhan santrinya adalah pelajar.

Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah sumber informasi. Tabel 5.3 menjelaskan bahwa sebanyak 56,4 % responden tidak pernah mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi, sedangkan sebanyak 43,6% responden mendapatkan informasi, terdiri atas guru (18,2%), dari teman (12,7%), orang tua (5,5%), media cetak (3,6%) dan elektronik (3,6%). Responden yang mendapatkan informasi sebagian besar memiliki pengetahuan yang baik sebesar 78,6%. Hasil ini didukung oleh teori Mubarak (2007) bahwa kemudahan dalam memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru. Sumber informasi terbanyak yang didapatkan responden berasal dari guru, hal ini menunjukkan bahwa guru dalam sekolah

memegang peranan penting dalam memberikan informasi yang benar kepada siswa. Namun, informasi yang didapat siswa selama ini masih terbatas seputar organ reproduksi manusia, hal tersebut terutama didapatkan pada pelajaran biologi. Kurang atau tidak adanya informasi yang diterima menyebabkan responden tidak mempunyai cukup pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja. Nina (2007, dalam Widayati, 2009) menjelaskan bahwa sekolah merupakan sumber informasi kesehatan reproduksi remaja yang paling berperan dalam memberikan materi mengenai kesehatan reproduksi remaja.

Remaja dapat mempersiapkan diri dalam mencegah hal-hal yang tidak dikehendaki dengan diberikannya pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan (Green, 1972; dalam Mubarak, 2007). Pengetahuan yang diberikan kepada remaja pada umumnya belum menjangkau mengenai seksualitas remaja seperti akibat seks bebas, penyakit seksual (PMS dan HIV/AIDS), dan penyalahgunaan NAPZA. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi didukung oleh hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) menunjukkan bahwa pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi relatif masih rendah. Remaja perempuan sebanyak 13% tidak tahu tentang perubahan fisiknya dan hampir separuhnya (47,9%) tidak mengetahui kapan masa subur seorang perempuan (BKKBN, 2012). Survei yang dilakukan tersebut mengidentifikasi bahwa remaja belum mempunyai sumber informasi yang tepat untuk memperoleh pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.

Sumber informasi yang tidak tepat dapat menyebabkan perilaku remaja yang beresiko. Hal ini didukung survei yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI (2009) di 4 kota besar (Medan, Jakarta Pusat, Bandung dan Surabaya) menunjukkan bahwa 35,9% remaja mempunyai teman yang sudah pernah melakukan hubungan seks pranikah dan 6,9% responden telah melakukan hubungan seks pranikah. Hubungan seks pranikah yang tinggi akan meningkatkan angka kejadian kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan aborsi pada remaja. Data survei PKBI menunjukkan bahwa dari 2,558 angka aborsi tahun 1999, 58% (1,503 kasus) berasal dari golongan remaja usia 15-24 tahun, 62% dari golongan remaja tersebut belum menikah serta 9 kasus aborsi terjadi di bawah usia 15 tahun (Wahyurini, 2001). Hasil survei Kemenkes RI dan PKBI tersebut membuktikan bahwa remaja merupakan masa yang rentan terhadap perilaku yang beresiko. Pengaruh teman sebaya dan lingkungan sekitar sangat mempengaruhi jiwa remaja terutama berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Pengertian dan pemahaman tentang Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) menjadi penting untuk diberikan kepada remaja agar remaja dapat mempersiapkan diri untuk melewati dan menghadapi masa pubertas dan membuka akses informasi serta pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui sekolah maupun luar sekolah.

### 5.2.2 Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja setelah intervensi belajar aktif kelompok dengan manual

Hasil pengumpulan data yang dilakukan peneliti setelah dilakukan *posttest* didapatkan hasil bahwa responden sebagian besar mengalami perubahan pada pengetahuan kesehatan reproduksinya. *Pretest* yang dilakukan sebelum belajar aktif kelompok adalah 27 (49,1%) orang yang mempunyai pengetahuan kurang, sedangkan setelah dilakukan belajar aktif kelompok hasilnya menjadi 33 (60%) orang mempunyai pengetahuan baik. Tabel 5.5 menunjukkan bahwa 51 responden mengalami peningkatan pengetahuan, penurunan pengetahuan sebanyak 2 responden, dan yang mempunyai pengetahuan tetap sebanyak 2 responden.

Peningkatan jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik dikarenakan responden sudah melakukan kegiatan belajar yaitu dengan bermain puzzle, diskusi kelompok, simulasi, dan curah pendapat mengenai perubahan pada diri remaja, membahas kasus mengenai HIV/AIDS, dan NAPZA. Informasi yang diterima siswa menyebabkan siswa mudah memahami pengetahuan baru yang dipelajari pada kegiatan belajar aktif. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perubahan perilaku (termasuk di dalamnya pengetahuan) seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Teori ini didukung penelitian bahwa dengan adanya pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Kusmawati (2006) meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap perubahan pengetahuan remaja di Madrasah Aliyah wilayah Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara. Hasil analisis t-test pengetahuan sebelum dan setelah

pendidikan kesehatan yaitu 0,01 ( $<0,05$ ). Hal ini menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap perubahan pengetahuan remaja.

Faktor lain yang mempengaruhi peningkatan pengetahuan melalui kegiatan belajar adalah minat (Mubarak, 2007). Minat remaja yang dimaksud adalah ketertarikan remaja untuk mengetahui sesuatu. Belajar aktif kelompok mengenai kesehatan reproduksi mendapatkan perhatian dari remaja, hal ini disebabkan sebagian besar remaja mempelajari ilmu agama di pondok pesantren. Ketertarikan responden terhadap informasi baru diluar ilmu agama ditandai dengan aktifnya siswa dalam kegiatan belajar kelompok dengan tingkat partisipasi siswa sebesar 91,7% dan ditandai dengan aktifnya siswa dalam mengerjakan tugas. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori bahwa bahan pelajaran yang menarik minat akan mempermudah individu untuk mempelajari materi dengan baik (Supartiningsih, 2011).

Tabel 5.5 menunjukkan terdapat 2 responden yang memiliki pengetahuan menurun dan 2 responden yang memiliki pengetahuan tetap. Penurunan tingkat pengetahuan siswa disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kegiatan belajar, antara lain faktor internal dan eksternal. Responden yang mengalami ketidaksiapan fisik maupun keadaan kesehatan yang lemah akan menghambat proses belajar. Faktor psikologis yang dapat menghambat kegiatan belajar antara lain, kondisi emosi yang tidak stabil, intelegensi yang rendah, serta kreativitas yang kurang dalam memperbaiki kegagalan dan merupakan penghambat dari proses belajar Faktor eksternal yang mempengaruhi hasil belajar yaitu kondisi lingkungan luar kelas yang kurang

mendukung menyebabkan responden mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi dalam kegiatan belajar yang dilakukan (Supartiningsih, 2011).

Responden yang memiliki pengetahuan tetap memperoleh informasi dari orang tua. Orang tua sangat berperan penting dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja. Jika orang tua tidak menjadi sumber informasi yang bersahabat bagi remaja, maka remaja akan cenderung mencari sumber informasi yang menyesatkan seperti film-film porno, majalah, komik atau dari teman sebaya. Orang tua juga cenderung membatasi perbincangan mengenai kesehatan reproduksi dan menganggap sebagai hal tabu yang tidak pantas di bicarakan, atau orang tua sendiri juga tidak siap memberikan pendidikan kesehatan reproduksi ini kepada anak-anaknya (BKKBN, 2009). Teori ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Cahyo,dkk (2008) bahwa terdapat hubungan antara peran orang tua dengan praktik kesehatan reproduksi remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga. Penelitian ini diuji dengan *Chi Square* ( $\alpha=0,05$ ) didapatkan *p value* sebesar 0,021.

Gambar 5.1 menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan antara sebelum dan setelah belajar aktif kelompok. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman yang diterima oleh responden menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan pada umur remaja sangat cepat diterima dan dipahami. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori bahwa perkembangan kognitif mencapai puncaknya pada umur remaja, remaja mengolah informasi yang baru diterimanya dengan sangat cepat sehingga remaja mudah memahami atau mengerti terhadap materi yang baru disampaikan (Perry & Potter, 2005).

Aditya (2004, dalam Mahmuda, 2009) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi perlu diberikan sejak dini agar remaja dapat mengenali organ-organ reproduksi dan cara menjaganya, dampak dari hubungan seks yang tidak aman sampai cara penularan HIV/AIDS dan pencegahannya. Salah satu strategi pembelajaran yang tepat dalam program kesehatan reproduksi remaja yaitu dengan menggunakan proses belajar aktif (PBA). PBA mengajak peserta pelajar untuk melakukan berbagai kegiatan (curah pendapat, bermain, simulasi, bermain peran, dan diskusi) dengan tujuan mengungkapkan pengalaman dan pengetahuan yang sudah dimiliki sebelumnya atau memberikan pengalaman-pengalaman kecil. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2009), menunjukkan bahwa strategi belajar aktif tidak hanya memberikan pengaruh positif terhadap perubahan kognitif, melainkan juga afektif dan psikomotor dalam peningkatan hasil belajar biologi siswa. Belajar aktif terbukti lebih mudah dan efektif diikuti oleh remaja terkait dengan kesehatan reproduksi remaja.

Proses belajar aktif yang dilakukan responden terbukti meningkatkan perubahan pengetahuan sebesar 9,1%. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam proses belajar dengan maksud untuk terbentuknya perilaku seseorang. Mubarak (2007) menjelaskan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, sebab perilaku yang akan dibentuk terjadi akibat paksaan atau aturan yang mengharuskan untuk bertindak. Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja penting untuk diberikan sejak dini agar terbentuk perilaku reproduksi yang sehat.

### 5.2.3 Pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja

Belajar aktif adalah segala bentuk pembelajaran yang mengarahkan siswa untuk berperan secara aktif dalam proses pembelajaran itu sendiri baik dalam bentuk interaksi antar siswa maupun siswa dengan pengajar didalam proses pembelajaran. Menurut Silberman (1996, dalam Baharuddin, 2010) menjelaskan bahwa belajar membutuhkan keterlibatan mental dan tindakan sekaligus. Belajar dengan cara mendengarkan, siswa akan mengingat 20%, dengan melihat akan mengingat 50%, mendiskusikan dengan siswa lain akan mengingat 70%, dengan melakukan siswa akan mengingat 90%. Kegiatan belajar aktif mempunyai presentase tertinggi (90%) dalam mengingat materi atau pengetahuan baru yang diterima oleh siswa. Belajar aktif terbukti meningkatkan pemahaman dan penguasaan materi, sehingga kualitas pembelajaran menjadi meningkat (Samadhi, 2011).

Teori mengenai pembelajaran aktif didukung oleh penelitian yang dilakukan Thomas (1972, dalam Samadhi, 2011) menunjukkan bahwa setelah 10 menit kuliah, mahasiswa cenderung akan kehilangan konsentrasi untuk mendengar kuliah yang diberikan oleh pengajar secara pasif. Hal ini akan semakin membuat pembelajaran tidak efektif jika kuliah terus dilanjutkan tanpa upaya-upaya untuk memperbaikinya. Pembelajaran aktif merupakan salah satu metode yang bertujuan untuk mengaktifkan peserta didik dalam kegiatan belajar. Belajar aktif mampu mengurangi kebosanan siswa dan dapat meningkatkan minat belajar

yang besar, sehingga dapat membuat proses pembelajaran mencapai tujuan yang diinginkan.

Sulthon (2006) menyebutkan tiga hal yang perlu diperhatikan dalam menciptakan keadaan pada awal kegiatan pembelajaran aktif, antara lain pembentukan tim, *on the spot assessment*, dan *immediate learning involvement*. Proses belajar aktif diawali dengan pembentukan kelompok yang bertujuan untuk membantu memunculkan motivasi dalam bekerjasama dan adanya saling ketergantungan. Fasilitator selanjutnya membuat minat awal pada mata pelajaran dengan membuat relevansi antara dunia nyata dengan topik yang sedang dipelajari, hal ini bertujuan agar siswa mampu membuat hubungan antara dunia nyata dengan materi kesehatan reproduksi remaja yang akan dipelajari.

Uji statistik yang dilakukan peneliti yaitu dengan menggunakan uji *Wilcoxon*, didapatkan *p value* sebesar 0,000. Nilai *p value* menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan yang amat sangat bermakna antara pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan belajar aktif kelompok. Perubahan pengetahuan responden dapat dilihat dari nilai rata-rata antara *pretest* dan *posttest*. Rata-rata nilai responden pada saat *pretest* adalah 24,33 sedangkan pada saat *posttest* adalah 30,65.

Peningkatan pengetahuan siswa tidak lepas dari peran unsur-unsur yang terlibat dalam kegiatan belajar. Salah satunya adalah pemilihan metode atau kegiatan yang dilakukan (Supartiningsih, 2011). Penelitian ini menggunakan strategi pembelajaran aktif dengan berbagai macam kegiatan didalamnya yang membutuhkan keterlibatan mental, intelektual, dan emosional. Keterlibatan

mental yang dimiliki siswa adalah kemampuan siswa dalam menyampaikan pendapat melalui pertanyaan atau pernyataan gagasan, baik yang diajukan kepada pendidik maupun kepada siswa yang lain dalam pemecahan masalah belajar (Sriyono dalam Khoiriyah, 2010). Kemampuan siswa dapat dilihat dari cara menyampaikan pendapat, melakukan kerjasama dalam menyelesaikan masalah yang diberikan oleh fasilitator dengan bantuan kelompok. Keterlibatan siswa merupakan salah satu ciri-ciri yang harus ada dalam proses belajar aktif.

Keterlibatan yang terdapat dalam kegiatan belajar aktif diaplikasikan dalam diskusi kelompok. Metode diskusi adalah suatu cara penyajian bahan pelajaran dimana guru/pendidik memberi kesempatan kepada siswa untuk mengadakan perbincangan ilmiah untuk mengumpulkan pendapat, membuat kesimpulan atau menyusun berbagai alternatif pemecahan masalah (Suryosubroto, 1997). Penelitian yang dilakukan oleh Widodo (1998, dalam Sunaryo, 2007) mengenai pengaruh diskusi kelompok, didapatkan hasil bahwa kegiatan ini lebih meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader Usaha Kesehatan Gizi Masyarakat Desa (UKGMD) dibandingkan dengan metode ceramah. Penelitian tersebut didukung oleh teori dari Semiawan dan Raka Joni (1993, dalam Baharuddin, 2010) yang menjelaskan bahwa kegiatan belajar menuntut aktivitas yang bukan saja bersifat fisik, jalan-jalan di dalam kelas, berbuat sesuatu (*doing*) tanpa sasaran yang jelas melainkan ada keterlibatan mental (intelektual), emosional, dan sosial dalam kegiatan belajar mengajar.

Kegiatan belajar aktif kelompok selain melakukan diskusi kelompok, siswa juga bermain simulasi mengenai proses penularan penyakit. Permainan simulasi dapat merangsang berbagai bentuk belajar, seperti belajar tentang persaingan (kompetisi), kerjasama, empati, sistem sosial, kemampuan berpikir kritis, pengambilan keputusan, dan lain-lain (Uno, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Wiwik (2005) mengenai efektivitas metode simulasi dan metode *brainstorming* dalam peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja di SMPN Pekanbaru menunjukkan bahwa keduanya mampu meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi.

Belajar aktif kelompok yang kegiatannya meliputi diskusi dan simulasi akan lebih efektif bila ditunjang dengan alat bantu mengajar. Penggunaan alat bantu mengajar seperti manual atau buku pegangan akan membantu pendidik dalam melakukan proses pembelajaran. Manual dirancang bagi fasilitator yang akan menyampaikan materi tentang kesehatan reproduksi dengan cara-cara yang mudah dipahami, menyenangkan serta sesuai dengan karakteristik remaja sebagai peserta pelajar (Moeliono, *et.al.*, 2006). Manual yang digunakan oleh peneliti disusun oleh Moeliono yang bekerja sama dengan United Nations Population Fund (UNFPA), Badan Koordinasi Keluarga berencana Nasional (BKKBN), Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), dan Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat (PKPM) Atma Jaya (Moeilono, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Ismail (2003) mengenai penggunaan manual pengajaran oleh guru telah meningkatkan pencapaian dalam hasil belajar siswa sebanyak 7,34%, hal ini

menunjukkan bahwa manual pengajaran mempermudah pendidik dalam menyampaikan materi kepada siswa.

Penggunaan manual oleh fasilitator didukung pula oleh penyediaan sumber belajar bagi siswa. Sumber belajar siswa dalam hal ini adalah Lembar Kerja Siswa yang berisi materi, tugas, dan catatan harian remaja terkait kesehatan reproduksi remaja. Pengadaan LKS bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan sikap serta keterampilan yang perlu dimiliki siswa. Pengisian LKS merupakan salah satu bentuk kegiatan belajar yang dilakukan oleh siswa secara mandiri untuk mengecek tingkat pemahaman siswa terhadap materi yang telah disajikan.

Belajar tidak hanya dilihat dan diukur dari segi hasil yang dicapai siswa tetapi juga dilihat dan diukur dari segi proses belajar yang dilakukan. Penilaian proses belajar ini dilakukan melalui evaluasi pembelajaran. Evaluasi berfungsi untuk mengetahui tingkat keberhasilan yang dicapai siswa setelah mengikuti suatu kegiatan pembelajaran (Dimiyati & Mudjiono, 2006). Purwanto (2001) menjelaskan bahwa kegiatan evaluasi perlu memperhatikan beberapa faktor, seperti bahan pelajaran, lingkungan, kualitas pendidik, cara mengajar, dan minat murid terhadap pelajaran. Hasil yang didapatkan dari lembar evaluasi siswa yaitu 96,4 % responden senang dengan materi/isi pelajaran, 94,5 % responden senang dengan kegiatan yang dilakukan, 12,7 % responden kurang senang dengan suasana belajar, 21,8 % responden kurang senang mengisi lembar kerja siswa, dan 98 % responden senang dengan fasilitator. Responden yang kurang senang mengisi lembar kerja siswa dikarenakan waktu mereka untuk mengerjakan terbentur dengan kegiatan yang ada di pondok pesantren dan tugas yang diberikan

dari sekolah. Hasil evaluasi dari proses pembelajaran aktif menunjukkan bahwa belajar yang menyenangkan, dan menarik akan mempercepat peningkatan pemahaman dan pengetahuan baru mengenai kesehatan reproduksi remaja, sehingga belajar aktif kelompok tepat diterapkan pada remaja di sekolah maupun masyarakat.

### **5.3 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam pelaksanaannya yang mengakibatkan penelitian tidak berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Keterbatasan tersebut antara lain:

a. Suasana dalam proses belajar

Keterbatasan tempat yang akan digunakan dalam kegiatan belajar dapat diatasi dengan menyediakan alas duduk di dalam ruang kelas, sehingga siswa dapat melakukan belajar aktif sesuai dengan kelompoknya masing-masing.

b. Observasi pengaruh teman sebaya dan akses sumber informasi

Keterbatasan peneliti dalam mengobservasi kegiatan sehari-hari yang dilakukan siswa dapat diatasi dengan diadakannya buku catatan harian yang berisikan permasalahan yang sedang dihadapi dan bagaimana cara remaja menyelesaikan masalah tersebut.

#### **5.4 Implikasi Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat memberikan beberapa implikasi kepada remaja, institusi pendidikan, instansi kesehatan, dan pelayanan keperawatan komunitas.

##### **a. Implikasi Bagi Remaja**

Belajar aktif kelompok mengenai Triad KRR terbukti dapat meningkatkan pengetahuan remaja. Remaja yang akan menjadi pendidik sebaya hendaknya dilakukan pelatihan secara berkala dengan materi KRR melalui kegiatan ekstrakurikuler, PMR, pramuka, UKS, dan lain-lain. Implikasi lain dapat dilihat dari keaktifan siswa dalam mencari sumber informasi yang dibutuhkan. Remaja mengakses informasi dari berbagai sumber, misalnya melalui perpustakaan sekolah, media elektronik, maupun pelayanan UKS.

##### **b. Implikasi Bagi Institusi Pendidikan**

Institusi pendidikan diharapkan dapat menindaklanjuti dan mengupayakan program pendidikan kesehatan bagi siswa-siswinya melalui kurikulum pendidikan dengan memasukkan materi KRR kedalam muatan lokal. Pendidikan reproduksi perlu diberikan sejak dini agar secara dini pula dikenalkan dasar-dasar reproduksi mulai dari pengenalan organ-organ reproduksi, cara menjaganya, dampak dari hubungan seks yang tidak aman, sampai cara penularan HIV/AIDS dan pencegahannya.

c. Implikasi Bagi Instansi Kesehatan

1. Instansi pemegang kebijakan pembangunan kesehatan seperti Dinas Kesehatan untuk meluaskan sasaran pendidikan kesehatan reproduksi remaja dengan memanfaatkan UKS dan pembentukan kelompok-kelompok misalnya Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R).
2. Mengaktifkan program konseling kesehatan reproduksi remaja bagi tenaga kesehatan serta posyandu remaja dengan memfasilitasi buku pemantauan kesehatan remaja yang berisi materi KRR, catatan pelayanan kesehatan remaja, pengukuran IMT, dan catatan harian remaja.

d. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Pelaksanaan belajar aktif kelompok memberikan dampak terhadap perubahan pengetahuan remaja sehingga dapat digunakan sebagai program promosi kesehatan reproduksi remaja di komunitas. Pendidikan kesehatan reproduksi dapat diberikan melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat misalnya karang taruna dengan melibatkan dukungan dari masyarakat melalui kegiatan Bina Keluarga Remaja (BKR).

## **BAB 6. PENUTUP**

Bab ini diuraikan tentang kesimpulan dan saran dari penelitian “Pengaruh Belajar Aktif Kelompok dengan Manual terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember”.

### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

- a. karakteristik responden pada penelitian pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah, rata-rata usia responden remaja akhir yaitu 16 tahun. Prosentase jenis kelamin menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki. Responden sebagian besar (56,4%) tidak pernah mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi.
- b. sebagian besar siswa memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang kurang sebelum dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual.
- c. sebagian besar siswa memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang baik setelah dilakukan belajar aktif kelompok dengan manual.

- d. terdapat pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Pondok Pesantren Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember, hal ini dibuktikan dengan  $p < \alpha$  ( $p$  value = 0,000) dan  $Z$  hitung (6,295) >  $Z$  tabel (1,96).

## 6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut:

### 6.2.1 Bagi Remaja

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja mengenai pentingnya kesehatan reproduksi remaja, sehingga remaja mampu melewati masa pubertas dan melindungi dari risiko reproduksi yang tidak sehat. Remaja juga diharapkan mampu mengakses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui sekolah maupun luar sekolah.

### 6.2.2 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti tentang pengaruh belajar aktif kelompok dengan manual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk lebih menyempurnakan pembahasan mengenai kesehatan reproduksi maupun belajar aktif kelompok.

Penelitian lanjutan dapat berupa penelitian yang bertujuan:

- a. mengetahui pengaruh belajar aktif kelompok terhadap sikap dan perilaku kesehatan reproduksi remaja;
- b. mengetahui pengaruh belajar aktif kelompok terhadap praktik perawatan organ reproduksi wanita dan laki-laki.
- c. mengetahui pengaruh metode pembelajaran selain belajar aktif kelompok misalnya *discovery learning*, *reception learning*, *quantum learning*, atau CTL terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi remaja.

#### 6.2.3 Bagi Instansi Pendidikan

- a. Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pustaka yang dapat melengkapi wawasan dan ilmu pengetahuan dalam cabang Ilmu Keperawatan Komunitas. Peneliti mengharapkan pengembangan riset yang mendalam untuk mempelajari tentang model pembelajaran efektif yang dapat diberikan kepada komunitas dalam menyampaikan materi pendidikan kesehatan dengan tema kesehatan reproduksi.
- b. Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan untuk pemberian pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah dengan metode yang tepat dan penyediaan sarana konseling kesehatan reproduksi remaja.

#### 6.2.4 Bagi Instansi Kesehatan

Pendidikan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi remaja penting untuk diberikan guna meningkatkan pengetahuan remaja sejak dini dan meluruskan mitos-mitos yang berkembang di kalangan remaja dengan memanfaatkan UKS dan membentuk kelompok-kelompok misalnya PIK-Remaja maupun PIK-Mahasiswa melalui kegiatan belajar aktif kelompok.

#### 6.2.5 Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

- a. Perawat komunitas juga dapat melakukan pembinaan kegiatan UKS dengan mengaplikasikan belajar aktif kelompok melalui kegiatan ekstrakurikuler. Kegiatan tersebut dapat dibentuk dalam pembentukan kelompok pendidikan sebaya yang difasilitasi oleh pengurus UKS sebagai peer edukator dan guru sebagai peer konselor.
- b. Perawat komunitas berperan dalam upaya promosi kesehatan dan menjadi fasilitator dalam kegiatan pembelajaran melalui pendidik sebaya maupun konseling sebaya dengan membahas materi terkait kesehatan reproduksi remaja guna mempersiapkan remaja memasuki masa pubertas dan terhindar dari perilaku seksual yang beresiko dengan menggunakan pembelajaran aktif.
- c. Penelitian ini juga disarankan kepada perawat untuk melakukan bina keluarga remaja dengan sasaran remaja di masyarakat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan ketahanan keluarga dan terciptanya keluarga kecil bahagia sejahtera.

## DAFTAR PUSTAKA

Aini, Khusnul & Asep Sufyan Ramadhy. 2011. *Perilaku Seksual Remaja Masa Lalu, Masa Kini, dan Masa Depan Serta Dampaknya Terhadap Derajat Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. [serial online] <http://www.stikku.ac.id/wp-content/uploads/2011/02/PERILAKU-SEKSUAL-REMAJA.pdf> [diakses 5 Maret 2012].

Agustiani, Hendriati. 2006. *Psikologi Perkembangan. Pendekatan Ekologi Kaitannya dengan Konsep Diri dan Penyesuaian Diri pada Remaja*. Bandung : PT Refika Aditama.

Arfani, Fiqih. 2011. *Jatim Tertinggi Kasus HIV/AIDS*. [serial online] <http://antarajatim.com/lihat/berita/77591/jatim-tertinggi-kasus-hivaid>s [diakses 20 April 2012].

Arifin, Syamsul. 2008. *Masalah Kesehatan Reproduksi Pada Remaja*. [serial online] <http://www.ipin4u.esmartstudent.com> [diakses 15 Maret 2012].

Badan Pusat Statistik. 2010. *Penduduk Menurut Kelompok Umur & Jenis Kelamin 2010*. [serial online] <http://dds.bps.go.id/eng/aboutus.php?sp=1> [diakses 1 Mei 2012].

Baharuddin dan Essa Nur Wahyuni. 2010. *Teori Belajar dan Pembelajaran*. Jogjakarta : Ar-Ruzz Media.

BeritaJakarta.com. 2010. *14 Ribu Remaja Indonesia Pengguna Narkoba*. [serial online] [http://www.beritajakarta.com/2008/id/berita\\_detail.asp?nNewsId=37303](http://www.beritajakarta.com/2008/id/berita_detail.asp?nNewsId=37303) [diakses 8 April 2012].

Besral, Budi Utomo, dan Andri Prima Zani. 2004. *Potensi Penyebaran HIV Dari Pengguna NAPZA ke Masyarakat Umum*. Universitas Indonesia. Makara, Kesehatan, Vol. 8, No. 2, Desember 2004: 53-58.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2009. *Peran Orang Tua dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja*. [serial online] <http://ntb.bkkbn.go.id/Lists/Artikel/DispForm.aspx?ID=39&ContentTypeID=0x01003DCABABC04B7084595DA364423DE7897> [diakses 1 November 2012]

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2012. *Genre Goes To School: yang Muda Harus Berencana*. [serial online] <http://www.bkkbn.go.id/ViewSiaranPers.aspx?SiaranPersID=7> [diakses 24 September 2012].

- Cahyo, Kusyogo, dkk. 2008. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktik Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga Kabupaten Purbalingga. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol. 3 / No. 2/ Agustus 2008
- Departemen Agama RI. 1999. *Booklet Program Adolescence Reproductive Health (ARH)*. Jakarta : Bagian Proyek Safe Motherhood Jakarta (Pusat).
- Departemen Kesehatan RI. 2001. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Materi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Dimiyati & Mudjiono. 2006. *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2002. *Pedoman Reproduksi Sehat bagi Remaja di Sekolah*. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Subdin Kesehatan Keluarga dan Gizi.
- Effendi, Yusuf. 2010. *Pondok Pesantren, Madrasah dan Sekolah*. [serial online] <http://yusuff84.wordpress.com/2010/04/13/pondok-pesantren-madrasah-dan-sekolah/> [diakses 2 April 2012].
- Farkhana, Nada. 2010. “Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Siswa Sekolah Menengah Pertama di Kecamatan Demak”. Tidak diterbitkan. Skripsi. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Fitriyanti. A. 2008. “Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Dengan Perilaku Reproduksi Sehat di SMA Dharma Pancasila Medan 2008”. Tidak dipublikasikan. Skripsi. Sumatra Utara : Program D-IV Bidang Pendidik Universitas Sumatra Utara.
- Foraida, Dewi Zulfa. 2008. “Hubungan Antara Bentuk Komunikasi Antar Pribadi Orang Tua dan Anak dengan Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Kesehatan Reproduksi Remaja (Studi Pada Siswa Kelas XI SMAN di Wilayah Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember tahun 2007)”. Skripsi dipresentasikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jember.
- Friskarini, Kenti. 2004. *Kesehatan Reproduksi Perspektif Sosial*. Media Litbang Kesehatan Volume XIV Nomor 3 Tahun 2004.
- Harahap, Juliandi. 2003. *Kesehatan Reproduksi*. USU. [serial online] [repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/.../kedkomunitas-juliandi.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/.../kedkomunitas-juliandi.pdf). [diakses 28 Februari 2012].

- Haryono, Siswani. 2010. *Tumbuh Kembang Remaja*. [serial online] <http://siswaniharyono.wordpress.com/2010/12/07/kesehatan-reproduksi-remaja-tumbuh-kembang-remaja/> [diakses 4 April 2012].
- Indriani, Devi. 2009. "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Remaja Pondok Pesantren dengan Praktek Kesehatan Reproduksi (Studi Pada Madrasah Aliyah Darus Sholah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember)". Skripsi dipresentasikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jember.
- Indriyani, Theresia Limbong, Puspita S. 2008. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Murid SD Kelas VI dengan Kesiapan Menarche di Kecamatan Kota Barat Kota Gorontalo Tahun 2008*. [serial online] [jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/41096372.pdf](http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/41096372.pdf) [diakses 4 April 2012].
- Ismail, Zaitun. 2003. *Penggunaan Manual Pengajaran Guru Dalam Pengajaran Dan Pembelajaran Matematik Gunaan (Geometri Koordinat)*. Kolej Universiti Teknologi Tun Hussein Onn [serial online] <http://eprints.uthm.edu.my/1328/> [diakses 30 April 2012].
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Buku Pemantauan Kesehatan Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia Sampai dengan September 2011*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Khoiriyah, Atik Hidayatal. 2010. "Pengaruh Penerapan Metode *Active Learning* Terhadap Motivasi Belajar Siswa dalam Mata Pelajaran Ekonomi". Tidak diterbitkan. Skripsi. Universitas Malik Ibrahim Malang.
- Kurniawan, Afif. 2009. *Pengaruh Penggunaan Multimedia Interaktif Dalam Model Pembelajaran Aktif (active learning) Terhadap Hasil Belajar Biologi Siswa*. [serial online] <http://biologi.fkip.uns.ac.id/wp-content/uploads/2011/07/08.033.PENGARUH-PENGGUNAAN-MULTIMEDIA-INTERAKTIF-DALAM-MODEL-PEMBELAJARAN-AKTIF.pdf>. [diakses 20 Maret 2012].
- Latif, Abdul. 2010. "Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Dismenore Terhadap Manajemen Dismenore Primer Pada Remaja Putri di SMP Negeri 1 Siliragung Banyuwangi". Skripsi dipresentasikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Jember.

- Mahmuda, Iin Novita Nurhidayati. 2009. "Peningkatan Pengetahuan tentang Reproduksi Sehat Pada Siswi SMK Pertiwi Desa Ngabeyan Mangkuyudan, Kartasura, Sukoharjo". Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Marditya. 2011. *Menggugah Kepedulian Remaja Terhadap Permasalahan Kependudukan Di Indonesia*. <http://kulonprogokab.go.id/v2/getfile.php?> [diakses 13 Mei 2012]
- Medicastore.com. 2012. *Sistem Reproduksi Wanita*. [http://medicastore.com/penyakit/909/Sistem\\_Reproduksi\\_Wanita.html](http://medicastore.com/penyakit/909/Sistem_Reproduksi_Wanita.html) [diakses 4 April 2012].
- Moeliono, Laurike. 2003. *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja. Bahan Pegangan Untuk Memfasilitasi Kegiatan Belajar Aktif Untuk Anak Dan Remaja Usia 10-14 tahun*. Jakarta : BKKBN, PKBI, dan UNFPA.
- Moeliono, Laurike, et.al. 2006. *Proses Belajar Aktif : Komunikasi, Informasi, & Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi Remaja bagi Anak Usia 11-15 tahun (Kelompok Pramuka Penggalang)*. Jakarta : BKKBN.
- Mubarak, Wahit Iqbal,dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Nazir, Moh. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Olifiya. 2011. "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Kanker Serviks Terhadap Pengetahuan Pencegahan Kanker Serviks di Pondok Pesantren Riyadlus Solihien". Skripsi dipresentasikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Jember.
- Papalia, Diane E., et.al. 2008. *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Jakarta : Kencana.
- Poltekkes Depkes Jakarta I. 2010. *Kesehatan remaja : Problem dan Solusinya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, Patricia A. & Anne Griffin Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, proses, dan praktik*. Jakarta : EGC.
- Purwanto, M. Ngalm. 2001. *Prinsip-prinsip dan Teknik Evaluasi Pembelajaran*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Samadhi, Ari. 2011. *Pembelajaran Aktif (Active Learning)*. [serial online] [uripsantoso.files.wordpress.com/2011/06/active-learning\\_52.pdf](http://uripsantoso.files.wordpress.com/2011/06/active-learning_52.pdf). [diakses 8 Maret 2012].

Sanjaya, Wina. 2008. *Perencanaan dan Desain Sistem Pembelajaran*. Jakarta : Kencana.

Santrock, John W. 2007. *Remaja, edisi kesebelas*. Jakarta : Erlangga.

Sastroasmoro, Sudigdo dan Ismael, Sofyan. 2010. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.

Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sinaga, Tinceuli. 2007. "Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri Terhadap Aborsi dari Kehamilan Tidak Dikehendaki di Sekolah Menengah Umum Negeri 1 Pematang Siantar Kecamatan Siantar Kabupaten Simalungun, tahun 2007". Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara, Sumatra Utara.

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Sulthon, H.M., Moh. Khusnuridlo. 2006. *Manajemen Pondok Pesantren dalam Perspektif Global*. Yogyakarta : LaksBang.

Sunaryo, Welas Haryati. 2007. *Perbandingan Pendidikan Kesehatan Antara Metode Diskusi dan Pemecahan Masalah dalam Perubahan Perilaku Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Swadana Pekalongan*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 2, No.1, Maret 2007.

Supartiningsih, Galuh Dwi. 2011. "Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Tahun 2010". Skripsi dipresentasikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Jember.

Tarmanta. 2003. "Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Beresiko Penyakit Menular Seksual Pada Remaja di Kota Palangkaraya". Tidak diterbitkan. Skripsi. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada.

Uno, Hamzah B. 2007. *Model Pembelajaran. Menciptakan Proses Belajar Mengajar yang Kreatif dan Efektif*. Jakarta : PT Bumi Aksara.

Wahyurini, 2001. *Program Kesehatan Reproduksi Remaja PKBI. Lokakarya Strategis Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja Jakarta-Jawa Barat/Cipayung Tanggal, 19-21 Juli 2000.* <http://ceria.bkkbn.go.id/ceria/referensi/artikel/detail/131> [diakses 24 Oktober 2012]

Widayati, Nur, Tantut Susanto, dan Erti Ikhtiarin Dewi. 2008. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja SMU di Kabupaten Jember.* Jember : Universitas Jember.

Widyaningrum, Ratna. 2011. *Penerapan Active Learning Dengan Metode Information Search Untuk Meningkatkan Aktivitas Belajar Biologi Siswa Kelas X-11 SMA Negeri 1 Sukoharjo.* [biologi.fkip.uns.ac.id/wp-content/uploads/2011/05/17-x.pdf](http://biologi.fkip.uns.ac.id/wp-content/uploads/2011/05/17-x.pdf) [diakses tanggal 28 Oktober 2012]

Wijayanti, Khrisma. 2007. *Peran Pos Kesehatan Pesantren Dalam Meningkatkan Kesehatan Reproduksi Remaja.* Buletin Penelitian Sistem Kesehatan- Vol. 10 No. 2 April 2007 : 175-180.

Wulandari, Putri Diana. 2009. "Pengaruh Model Pembelajaran Snowballing terhadap Hasil Belajar Geografi Siswa Kelas VII SMP Negeri 1 Mlarak Ponorogo". Tidak diterbitkan. Skripsi. Malang: FMIPA Universitas Negeri Malang.

Zulaikha, Fatikah Loyda Fitasari. 2010. "Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Putri Terhadap Sikap Menghadapi Premenstrual Syndrome di SMA N 5 Surakarta". Tidak diterbitkan. Skripsi. Solo: Universitas Sebelas Maret.

# LAMPIRAN

